

Dossier administratif préalable 2018/2019

Structures d'accueil Enfance et Jeunesse

Procédure d'inscription :

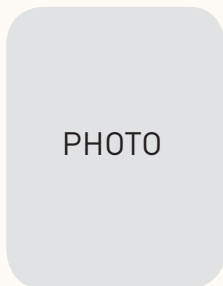
- 1- Compléter le dossier administratif préalable
- 2- Compléter la fiche structure (selon la structure fréquentée)

Pièces à fournir :

- Copie des pages de vaccination
- Copie du PAI si l'enfant en bénéficie
- Copie de l'avis d'imposition si la famille n'est pas allocataire CAF
- Copie de la carte vacances loisirs

Ce document a pour fonction de simplifier l'inscription dans les structures d'accueil de mineurs. D'autres pièces pourront vous être demandées pour formaliser l'inscription de votre enfant.

RENSEIGNEMENTS ADHÉRENT



> Coordonnées de l'enfant/du jeune

Nom..... Prénom.....
 né(e) le..... Fille Garçon
 Adresse de résidence
 CP Ville
 Portable (jeune) Mail (jeune)

- Établissement scolaire fréquenté..... Classe.....
- Numéro d'allocataire CAF de rattachement de l'enfant :
- Compagnie d'assurance..... N° du contrat :

> Coordonnées des responsables légaux

Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/>
• Nom.....	• Nom.....
• Prénom.....	• Prénom.....
• Né (e) le.....	• Né (e) le.....
• Adresse de résidence (si différente de l'enfant/du jeune)	• Adresse de résidence (si différente de l'enfant/du jeune)
• CP Ville.....	• CP Ville.....
• Tél. portable.....	• Tél. portable.....
• Tél. fixe.....	• Tél. fixe.....
• Tél. travail.....	• Tél. travail.....
• Mail.....	• Mail.....
• Autorité parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	• Autorité parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Note : en cas de perte d'autorité parentale d'un parent, il est demandé de joindre une copie du jugement.

> Informations diverses

• **Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?** OUI NON

Si OUI, lequel ?

Cela ne signifie pas que la structure fréquentée pourra s'engager à le satisfaire

> Informations médicales et sanitaires

• Vaccins obligatoires :

Diphtérie : OUI NON Date :

Tétanos : OUI NON Date :

Poliomyélite : OUI NON Date :

Merci de fournir une copie de la/des pages de vaccination du carnet de santé.

En cas de non vaccination, il est demandé de joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

• Maladies contractées :

Asthme : OUI NON

Oreillons : OUI NON

Rubéole : OUI NON

Coqueluche : OUI NON

Varicelle : OUI NON

Rougeole : OUI NON

Angine : OUI NON

Scarlatine : OUI NON

Otite : OUI NON

Rhumatismes articulaires : OUI NON

• **Votre enfant a-t-il des difficultés de santé particulières ?** OUI NON

Si OUI lesquelles :

• **Votre enfant a-t-il des allergies ?** OUI NON

Si OUI, lesquelles (alimentaires, médicamenteuses, autres...)

• **Votre enfant est-il porteur d'un handicap (déclaration en MDPH) ?** OUI NON

Si OUI, a-t-il une AVS (aide de vie scolaire) en classe ?

Si OUI, avez-vous des précisions à apporter concernant son handicap ?

• **Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) à l'école ?** OUI NON

Si OUI, merci de fournir une copie du document

• **L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses, appareil dentaire... ?** OUI NON

Si OUI, lequel ou lesquelles :

• **Médecin traitant :** Nom Prénom Tél.

• Autorisation de prise en charge médicale

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des accueils de mineurs fréquentés à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (visite médicale, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Nom et prénom :

Signature

AUTORISATIONS

Nom et prénom du mineur :

Je soussigné (e)..... Père Mère Tuteur légal
du mineur ci-dessus désigné

> Autorisation concernant l'accueil de l'enfant

Autorise mon enfant :

- À fréquenter les sorties proposées : OUI NON
- À être transporté dans le cadre des activités et accueils proposés (par tout moyen de transport dans le cadre de la réglementation) : OUI NON

Liste des tiers autorisés à prendre en charge mon enfant :

Nom Prénom

Qualité..... Tél.....

Nom Prénom

Qualité..... Tél.....

Nom Prénom

Qualité..... Tél.....

Nom Prénom

Qualité..... Tél.....

> Cession de droits à l'image

Vu l'article 9 du code civil, Vu la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

Autorise :

La communauté d'agglomération du Sicoval sise 65, rue du chêne vert, 31670 Labège à :

- Capturer, filmer, fixer et enregistrer l'image et/ou la voix de l'enfant désigné ci-dessus par tout procédé technique connu ou inconnu à ce jour, sur tout support, pour la durée de la présente cession ;
- Légèrer les enregistrements fixant la voix et/ou l'image de l'enfant désigné ci-dessus réalisés aux fins indiquées ci-dessous exclusivement, par l'indication de son nom, son âge, à l'exclusion de toute autre information.

La présente autorisation est consentie pour une durée égale à celle de l'autorisation de traitement de données à caractère personnel jointe au présent dossier.

Concède, à titre gratuit à :

La communauté d'agglomération du Sicoval

- Le droit de diffuser en intégralité ou seulement en partie, mais sous réserve de ne pas dénaturer le sens initial, des images ou des propos captés de l'enfant désigné ci-dessus, sur tout support, dans le but de la promotion des accueils et des actions de la communauté d'agglomération du Sicoval.

J'atteste être informé(e) de la possibilité de m'opposer à cette diffusion par simple demande écrite auprès de la communauté d'agglomération du Sicoval.

Date :

Signatures des responsables légaux :

> Autorisation d'utilisation de données à caractère personnel

Vu l'article 9 du code civil, Vu la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

Autorise :

La communauté d'agglomération du Sicoval sise 65, rue du chêne vert, 31670 Labège à collecter et traiter les données à caractère personnel me concernant et concernant l'enfant susvisé et répertorié ci-dessus, dans le strict respect des conditions exposées ci-dessous. Ces données à caractère personnel recueillies dans le cadre du dossier administratif préalable sont collectées aux fins de traitement administratif de mon dossier et de gestion de l'accueil de l'enfant concerné.

- Le libre accès aux données personnelles concernant l'enfant ci-dessus désigné, ou me concernant et recueillies sur le fondement et au moyen de la présente m'est garanti, à tout moment, en qualité de titulaire de l'autorité parentale et ce jusqu'à la majorité de l'enfant pour le cas où lesdites données seraient conservées jusqu'à cette date pour les données relatives à l'enfant ci-dessus désigné, et sans qu'il me soit exigé de justifier d'un quelconque motif, sans préjudice de 2 de l'article 39 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978,
- Je dispose du droit de vérifier à tout moment et sans motif, et ce jusqu'à la majorité de l'enfant pour le cas où lesdites données seraient conservées jusqu'à cette date pour les données relatives à l'enfant ci-dessus désigné, l'usage qui est fait de ces mêmes données personnelles ou de celles me concernant, sans préjudice de 2 de l'article 39 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, et d'exiger qu'elles soient effacées si elles s'avèrent incomplètes, équivoques, ou périmées. Je jouis d'un droit de retrait de mon consentement au traitement de ces données.

La présente autorisation est consentie pour la durée de fréquentation de l'enfant à la structure.

Je suis informé (e) de ce que les traitements des données personnelles concernant l'enfant ci-dessus désigné ou me concernant, recueillies sur le fondement et au moyen de la présente, font l'objet des déclarations requises par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 pour leur existence.

Toute opposition et toute demande d'accès, effacement, portabilité, ainsi que tout retrait du consentement au traitement des données objets de la présente, doit être présenté au responsable de la protection des données du Sicoval. Toute autre réclamation est à formuler auprès de Monsieur le Président de la communauté d'agglomération du Sicoval en sa qualité de responsable des traitements.

Date :

Signatures des responsables légaux :

> Autorisation de transfert de dossier

Donne l'autorisation :

- De communiquer, si besoin, le présent dossier administratif préalable aux structures enfance et jeunesse gérées par le Sicoval : OUI NON

Date :

Signatures des responsables légaux :