

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEILS DE LOISIRS JEUNES

### JEUNE

Nom Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse complète :

### SITUATION FAMILIALE

célibataire   mariés   vie maritale   pacés   divorcés\*   séparés\*   veuf(ve)

\* : existe-t-il des dispositions particulières pour la garde de votre fille/fils ?   oui   non

**Si oui merci de joindre une copie du jugement.**

### RESPONSABLE(S) DU JEUNE

**PERE** ou tuteur : .....

ADRESSE (si différente de celle de votre fille/fils) :

.....  
.....

Numéros de téléphone : .....

Adresse mail : .....

**MERE** ou tutrice: .....

ADRESSE (si différente de celle de votre fille/fils) :

.....  
.....

Numéros de téléphone : .....

Adresse mail : .....

Bénéficiez-vous de la C.M.U.?   OUI   NON

N° d'allocataire CAF : .....

Quotient Familial : .....

**Lieu de scolarisation/établissement scolaire (école, collège, établissement, IME, ITEP, ...)**

↳ Nom : ..... VILLE : ..... Classe : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

L'état de santé de votre enfant nécessite-t-il la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (traitement médical, allergie alimentaire, etc...) ?  OUI  NON

Si oui, le Protocole d'Accueil Individualisé est-t-il déjà mis en place ?  OUI  NON

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique relatif à des difficultés de santé ?  OUI  NON

**Si oui merci de préciser les précautions à prendre :** .....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?  OUI  NON

**Si oui merci de préciser**

**lequel :** .....

Votre enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

**Si oui merci de joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments correspondants.**

Votre enfant est-il à jour des vaccins obligatoires (DT plio, Tétracoqu, BCG) ?  OUI  NON

**Merci de joindre une copie du carnet de vaccination**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires etc.....

.....

## AUTORISATION PARENTALE

La sécurité de votre enfant est un souci constant pour nos équipes d'encadrement. Afin de nous aider à l'assurer au mieux, merci de remplir avec soin ce document. Votre enfant ne pourra être remis à une autre personne que son responsable légal sans cette autorisation. De même, il ne pourra repartir seul du centre. Pensez à signaler tout problème à l'équipe d'encadrement. Merci de votre collaboration.

### CONDITIONS DE DÉPART DU JEUNE : personnes autorisées

Nous soussignés, Madame et Monsieur déclarons:

- Autoriser ma fille/mon fils à repartir seul à la fin de l'accueil
- Reprendre ma fille/mon fils à la fin de la journée d'accueil
- Autoriser les personnes ci-dessous à venir chercher ma fille/mon fils à la fin de l'accueil sur présentation de leur pièce d'identité :

Nom et Prénom	Adresse	N° téléphone	Lien de parenté

### En outre, je déclare :

- Autoriser ma fille / mon fils à se baigner et à pratiquer toute autre activité sportive ou culturelle proposée par l'Accueil de Loisirs.
- Autoriser le service Communication et la Direction Education de la Ville de SECLIN, de reproduire pour Seclin Magazine, pour le guide de l'enfant, pour le guide des Accueils, le site web de la Ville et/ou le Facebook du Conseil des Jeunes les photographies prises lors de ces activités.
- Autoriser la Direction de l'Accueil de Loisirs à prendre toutes les mesures médicales pour ma fille/mon fils en cas d'extrême urgence.

Seclin le :

Signature des responsables légaux :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la **Direction Éducation pour gestion des Accueils Collectifs de Mineurs**. Elles sont conservées jusqu'aux 18 ans de l'enfant et sont destinées aux directeurs des **Accueils Collectifs de Mineurs**. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la **Direction Éducation au 03.20.62.94.42**