**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025-2026**

Accueil de loisirs extrascolaire

***(Centre de loisirs mercredis et vacances)***

Une image contenant texte, Police, Graphique, graphisme

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.Une image contenant texte, Police, Bleu électrique, logo

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.

|  |
| --- |
| **ENFANT :**  NOM et prénom ……………………………………………………..………………………………  Date de naissance ………………………………….……………Age …………………………..  Adresse où réside l’enfant ……………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE** | |
| *Représentant légal 1*  ZPère ZMère ZAutre ………………..… | *Représentant légal 2*  ZPère ZMère ZAutre ………………..… |
| NOM ……………………………..………  Prénom ……………………………….…  Date de naissance ……………….……  Adresse …………….…………..……….  ……………………………………..………  N° tél. …………………………………….  Travail …………………………………… | NOM ……………………………..………  Prénom ……………………………….…  Date de naissance ……………….……  Adresse …………….…………..……….  ……………………………………..………  N° tél. …………………………………….  Travail …………………………………… |
| Mail ………………………………………………………………………………………… | |
| En cas de séparation ou divorce, précisez qui dispose de l’autorité parentale et/ou garde de l’enfant : ZPère ZMère ZAutre …………………..…  **Copie du jugement OBLIGATOIRE** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Numéro allocataire : | Quotient familiale : |
| *CAF* |  |  |
| *MSA ou Autre …………* |  |  |

*Les données CAF ou MSA permettent de bénéficier d’une tarification adaptée aux revenus. Ces données sont facultatives. Sans informations liées aux ressources de la famille, le tarif le plus élevé s’appliquera automatiquement.*

Photo si :

PAI

Régime alimentaire spécifique

Allergies.

Pas de photo

**Régime alimentaire :**

Z Pas de régime alimentaire spécifique

Z Ne mange pas de porc

Z Ne mange pas de viande

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANTS L’ENFANT** | | |
| J’autorise | |  |
| Oui | Non |
|  |  | La responsable du service animation ou les animateurs à prendre toutes mesures en cas de problème, d’hospitalisation rendue nécessaire par l’état de santé de mon enfant. |
|  |  | Que mon enfant soit photographié ou filmé dans le but de promouvoir les  actions du service animation sur les supports de la mairie et de l’ALSH  (Presse, exposition, site internet, forum, bulletin, site Facebook : service enfance/jeunesse le Houlme ou ville Le Houlme)  **Merci de nous transmettre une photo d’identité si votre enfant ne peut**  **pas être photographié.** |
|  |  | Participer aux sorties dont la piscine |
|  |  | Être maquillé |
|  |  | Repartir seul de l’accueil de loisirs à 17h00 (plus de 6 ans) |
|  |  | Mon enfant fait la sieste (moins de 6 ans) |
|  |  | L’enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour?  ***Si oui*** *joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Boîte de medicaments dans l’emballage d’origine marqué au nom de l’enfant avec la notice.* |
| Allergies (si alimentaire fournir un Projet d’Accueil Individuel) ………………………..  ……………………………………………………………………………………………….. | | |
| Maladie chronique (diabète, asthme…) fournir PAI ………………………………….. | | |
| Troubles spécifique (TDAH, TDA, TSA…) ……………………………………………... | | |
| Autre, maladie, hospitalisation…précaution à prendre ……………..…………….  ……………………………………………………………………………………………….. | | |
| Recommandations particulières (appareil dentaire, lunettes…) …………………..  ……………………………………………………………………………………………….. | | |

*Si votre enfant bénéficie d’un suivi avec éducateur ou une prise en charge CMPP ITEP, IM*

***Veuillez transmettre les coordonnées de personne référente***

*M ou Mme …………………………………….………………...….. tél. ……………………………………………………*

*Etablissement de prise en charge ……………………………………..……………………………………………….*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENT MEDICAUX** | | | |
| **Vaccins** | | **Date du dernier rappel** | |
| Diphtérie Tétanos Poliomyélite  Coqueluche Haemophilus | |  | |
| Rubéole Oreillons Rougeole | |  | |
| Hépatite B | |  | |
| Méningocoque | |  | |
| Pneumocoque | |  | |
| **Maladies** | **Oui** | **Non** | **Commentaires** |
| Otite |  |  |  |
| Angine |  |  |  |
| Varicelle |  |  |  |
| Coqueluche |  |  |  |
| Scarlatine |  |  |  |
| Rubéole |  |  |  |
| Rougeole |  |  |  |
| Oreillons |  |  |  |
| Autre |  |  |  |

**z** J’accepte que ces données de santé fassent l’objet d’un traitement et soient transmises aux secours en cas de nécessité. (Pompiers, police, hôpital, médecin…)

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnes autorisées à récupérer votre enfant à l’école en votre absence :** | |
| Nom…………………………………………………  Lien avec l’enfant …………………………… | N° Tel…………….…………………….. |
| Nom…………………………………………………  Lien avec l’enfant …………………………… | N° Tel……………………………………. |
| Nom…………………………………………………  Lien avec l’enfant …………………………… | N° Tel……………………………………. |

**Documents à fournir :**

* Attestation CAF ou MSA avec numéro d’allocataire et quotient familiale.
* Photo d’identité de l’enfant s’il ne peut pas être pris en photo, qu’un PAI est mis en place ou que l’enfant a un régime alimentaire particulier.

**ESPACE FAMILLE PARASCOL**

* Un mail pour activer et accéder à votre espace famille vous sera envoyé.
* Les factures sont envoyées par mail et accessibles depuis l’espace famille.

*Les informations recueillies sur ce formulaire font l’objet d’un traitement informatisé par le service enfance/jeunesse de la Mairie du Houlme, 7 rue des Canadiens 76770 Le Houlme pour l’inscription de mon/mes enfant(s) aux différentes structures d’accueil de loisirs et la tarification des services souscrits.Le responsable de traitement a désigné l’ADICO sise à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données. Ce traitement est nécessaire à l’exécution d’une mission d’intérêt public à laquelle l'A.L.S.H est soumise par le décret du 26 juillet 2006 relatif à la protection des mineurs accueillis hors du domicile et aux articles L.227- 4 et R.227-1 du Code de l'action sociale et des articles L.2324-1 et R.2324-17 du Code de la santé publique.Les données sont conservées une durée de 5 ans dans le cadre d’une inscription avec prestation initiale et durée de conservation de 10 ans si le calcul du coût de la prestation se base sur le quotient familial suivant la partie 1232/01 de la circulaire DGP/SIAF/2014/006. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit d’opposition au traitement. Vous bénéficiez également d’un droit à la limitation du traitement. Les droits à la portabilité et à l’effacement ne s’appliquent pas à l’exécution d’une mission d’intérêt public.Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le service chargé de l’exercice de ces droits à l’adresse suivante :*[***contact@ville-lehoulme.fr***](mailto:contact@ville-lehoulme.fr)***,  7 place des canadiens 76770 Le Houlme, 02 35 74 11 04.***Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Consultez le site cnil.fr pour plus d’informations sur vos droits ».

* En tant que responsable légal de l’enfant désigné si dessus, j’atteste l’exactitude des renseignements et m’engage à signaler tout changement auprès l’accueil de loisirs.
* Déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions du règlement de fonctionnement de l’ALSH.

Fait à Le Houlme, le ……………………………………

**Signature :**