

FICHE DE RENSEIGNEMENTS YAKA JOUER Année 2020/2021

cadre réservé à l'association : ne pas remplir

Saisie ICAP :

École : Orgueil Varenes Villebrumier Dieupentale ADOS / Autre/Ext.

L'ENFANT :

NOM: Date de naissance :/...../.....

Prénom:..... (filles / garçon) / Age:.....

École de l'enfant au cours de l'année 2020/2021 :

Classe : Nom du professeur :

Frère(s)/Sœur(s) du foyer, NOM(S) Prénom(s) Ages(s) :

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT (parent(s) ou tuteur légal uniquement)

Si garde alternée avec demande de séparation de la facturation, remplir 2 fiches de renseignements (**une par responsable légal**). Cela entraîne des présences propres à chaque responsable (en fonction du planning de garde) qui déclenchent les facturations : forfaits, adhésion...

Mme / M. (père, mère ou tuteur légal)

NOM :

Prénom :

Profession :

Tel portable :

Tel professionnel :

Mail :

Mme / M. (père, mère ou tuteur légal)

NOM :

Prénom :

Profession :

Tel portable :

Tel professionnel :

Mail :

Adresse postale :

.....

.....

Code postal :

VILLE :

Tel fixe :

Mail pour l'envoi des factures :

.....

n° CAF** :

***Obligatoire pour l'application des tarifs modulés. (sauf sur présentation d'une attestation de quotient familial en vigueur). Sans justificatif de quotient familial, l'association appliquera les tarifs de la plus haute tranche*

Médecin de famille :

Tel médecin :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant (autres que les responsables cités ci-dessus) :

NOM	Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant (ex : G-Parents, Nounou, Voisin...)

Rappel du NOM Prénom de l'enfant :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé page des vaccinations)

VACCINS	Date du dernier rappel fait	Nom du Vaccin
Vaccination antituberculeuse : B.C.G.		
Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l' <i>Haemophilus influenzae</i> b		
Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l' <i>Haemophilus influenzae</i> b RAPPELS		
Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque		
Vaccination contre l'hépatite B		
Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (<i>measles, mumps, rubella</i>)		
Autres vaccinations		

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole : Oui Non Varicelle : Oui Non Angine : Oui Non
Scarlatine : Oui Non Coqueluche : Oui Non Otite : Oui Non
Rougeole : Oui Non Oreillons : Oui Non Rhumatismes articulaires aigus : Oui Non

- L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non.

Si oui : Est-ce que ce traitement doit être pris pendant les temps d'accueil : Oui Non.

Si oui joindre une ordonnance récente et remplir auprès du responsable une autorisation parentale pour administrer les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE ET AUTORISATION.

- Régime alimentaire particulier : Oui Non *Précisez :*

- Votre enfant est-il porteur de handicap : Oui Non *Précisez :*

- Votre enfant a-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non *Précisez :*

- ASTHME : Oui Non *Précisez :*

- ALLERGIES ALIMENTAIRES : Oui Non *Précisez :*

- ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES : Oui Non *Précisez :*

- Merci d'apporter des précisions ainsi que tout élément pouvant nous aider à accompagner au mieux l'enfant dans la vie collective (difficultés de santé, historique, comportement, précautions à prendre, conduite à tenir, recommandations, situation familiale, jugement...) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (NOM Prénom) : _____
parent(s) ou tuteur légal uniquement

responsable légal de l'enfant : _____

1 - autorise l'association à se connecter à CAF-PRO pour connaître mon Quotient Familial en vigueur lors de la première inscription de l'année scolaire, (en cas de refus vous devez justifier de votre quotient familial (fournir attestation), le cas échéant vous serez d'office sur les tarifs de la plus haute tranche)*Cochez pour refuser **Je refuse***

2 – droit à l'image, autorise l'association à la prise de photographies (captation, fixation enregistrement, numérisation) le représentant qui auront été prises dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs/séjour de vacances,.....*Cochez pour refuser **Je refuse***

3 - autorise la diffusion et la publication de photographies le représentant dans le cadre strictement énoncé ci-après : sur tout support de communication et d'information du projet associatif et des activités et notamment la presse écrite, site internet et réseaux sociaux de l'association Yaka Jouer. *L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique). Cette utilisation ne concerne que la durée de vie de la présentation précisée. Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.*.....*Cochez pour refuser **Je refuse***

4 - autorise l'association à m'envoyer des informations par mail (planning, information inscription...).....*Cochez pour refuser **Je refuse***

5 - accepte de recevoir mes factures par mail. (renseigner un mail valide page 1).....*Cochez pour refuser **Je refuse***

6 - demande à recevoir les identifiants de mon espace personnel en ligne « Portail famille » pour suivre le détail de mes factures et de mes paiements. (renseigner un mail valide page 1)*Cochez pour refuser **Je refuse***

7 - autorise l'association, à transporter mon enfant pour effectuer les trajets liés aux activités des accueils de loisirs.

8 - déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant,

9 - déclare avoir été informé(e) de l'intérêt pour les responsables légaux de souscrire à une assurance responsabilité civile couvrant les activités des ALSH périscolaires et ALSH extrascolaires dans le cadre d'un Accueil Collectif de Mineurs (ACM).

10 - déclare vouloir adhérer à l'association Yaka Jouer et déclare avoir eu et pris connaissance du règlement intérieur de l'association et d'en accepter les termes et les conditions.

11 - déclare avoir été informé(e) des dispositions du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27/04/2016 (Règlement Général sur la Protection des Données) et de la loi n°78-17 du 606/01/1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, qui réglementent le droit de communication dans le fichier des membres de l'association des données personnelles me concernant. *Ces données sont recueillies en vue de tenir à jour le fichier adhérents de l'association Yaka Jouer ; Le destinataire du traitement est le Siège social de Yaka Jouer qui gère le processus d'adhésion ; En aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers ; Je peux accéder aux informations et procéder aux rectifications nécessaires et suppressions en m'adressant à contactyakajouer@gmail.com*

12 - m'engage à communiquer toute modification des éléments ci-dessus dans les plus brefs délais.

Cocher la case : Je reconnais avoir pris connaissance des alinéas 1 à 12 et, hormis ceux expressément refusés, les accepte entièrement.

Date : ____/____/____

Lieu : _____

Signature : _____