

BULLETIN D'INSCRIPTION

**ALSH ETE 2024**

**Du 08 au 12/07/2024 - Du 15 au 19/07/2024 - Du 26 au 30/08/2024**

Merci de rapporter le bulletin d'inscription avec l'ensemble des pièces demandées à la permanence du Centre d'Animation – Pôle famille :

**les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 8h à 11h de 14h à 17h**

**+ Permanence supplémentaire le lundi 17 juin de 14h à 19h**

**DATE LIMITE DE DEPOT LE 17/06/2024**

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance .....

ADRESSE : Rue..... Ville.....

Nom et Prénom du responsable de l'enfant .....

N° de tél. où vous joindre dans la journée : fixe .....

portable .....

Profession du responsable de l'enfant .....

Nom et adresse de l'employeur du père .....

Nom et adresse de l'employeur de la mère .....

Email : .....

N° d'allocataire CAF ou MSA (**OBLIGATOIRE**) : .....

Caisse de BESANCON - MONTBELIARD (1).....

A défaut copie du dernier avis d'imposition.

**IMPORTANT** : - Votre enfant prendra le repas de Midi au centre : **OUI - NON (1)**

- Votre enfant vient et repart accompagné : **OUI – NON (1)**

**si oui, l'accompagnateur doit prévenir l'animateur responsable**

**(1) rayer les mentions inutiles**

**Pièces à joindre**

- Le règlement par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public.
- La copie du certificat de vaccinations
- Une attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire 2023 / 2024

**L'inscription de votre enfant ne sera effective qu'à réception de tous les documents demandés.**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <u>Votre enfant sera présent</u><br><u>SEMAINE 1</u> <input type="checkbox"/> | <u>Votre enfant sera présent</u><br><u>SEMAINE 2</u> <input type="checkbox"/> | <u>Votre enfant sera présent</u><br><u>SEMAINE 3</u> <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <u>Votre enfant arrivera à :</u><br><input type="checkbox"/> Entre 7h et 8h<br><input type="checkbox"/> Entre 8h et 9h<br><input type="checkbox"/> A partir de 9h | <u>Votre enfant partira :</u><br><input type="checkbox"/> Entre 16h30 et 17h<br><input type="checkbox"/> Entre 17h et 18h | <u>Votre enfant arrivera à :</u><br><input type="checkbox"/> Entre 7h et 8h<br><input type="checkbox"/> Entre 8h et 9h<br><input type="checkbox"/> A partir de 9h | <u>Votre enfant partira :</u><br><input type="checkbox"/> Entre 16h30 et 17h<br><input type="checkbox"/> Entre 17h et 18h | <u>Votre enfant arrivera à :</u><br><input type="checkbox"/> Entre 7h et 8h<br><input type="checkbox"/> Entre 8h et 9h<br><input type="checkbox"/> A partir de 9h | <u>Votre enfant partira :</u><br><input type="checkbox"/> Entre 16h30 et 17h<br><input type="checkbox"/> Entre 17h et 18h |
|---|---|---|---|---|---|

### AUTORISATIONS

Je soussigné(e) .....Responsable légal de l'enfant .....

- autorise mon enfant à participer aux activités : piscine, sorties randonnées... organisées dans le cadre du centre de loisirs pendant la période du **08 au 12/07/2024 inclus** ; du **15 au 19/07/2024 inclus** et/ou du **26 au 30/08/2024 inclus**.
- autorise mon enfant à prendre le bus
- autorise les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale
- déclare accepter le règlement intérieur du centre de loisirs.

A ..... le .....

Faire précéder la signature de la mention : **Lu et approuvé**  
Signature,

### **AUTORISATION PARENTALE PRISE DE PHOTOS PAR LE CENTRE DE LOISIRS**

Je soussigné(e) ....., représentant légal de l'enfant, .....

Donne l'autorisation aux responsables, animateurs du centre aéré de prendre des photos de mon enfant dans le cadre des animations mises en place tout au long du centre de loisirs, aux fins d'utilisation par la Ville de Maiche.

Donne l'autorisation de les exploiter, dans le cadre, de publications municipales.

Date :

Faire précéder la signature de la mention manuscrite : **Lu et approuvé**  
Signature

# FICHE SANITAIRE

CLSH ÉTÉ 2024

## ENFANT

NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

GARCON

FILLE

POIDS : ..... KG (IMPORTANT EN CAS D'HOSPITALISATON)

## VACCINATIONS

| Vaccins obligatoires | oui | non | dates des derniers rappels | Vaccins recommandés        | dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| ou Dtpolio           |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| ou Tétracoq          |     |     |                            |                            |       |

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI  NON

Si OUI, joindre une ordonnance récente et 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**

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

Rubéole

Coqueluche

Varicelle

Otite

Angine

Rougeole

Rhumatisme articulaire aigu

Oreillons

Scarlatine

**ALLERGIES** : (Précisez la cause, les effets, et la conduite à tenir)

---

---

---

---

**DIFFICULTES DE SANTE :**

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)  
Précisez les dates et les précautions à prendre.

---

---

---

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc... Précisez

---

---

---

---

---

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

---

Tel fixe \_\_\_\_\_

Tel portable \_\_\_\_\_

Tel au travail \_\_\_\_\_

**MEDECIN TRAITANT :**

NOM \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

---

**AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné, Madame, Monsieur , \_\_\_\_\_ responsable  
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le  
responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures en cas de maladie ou  
hospitalisation et à donner du paracétamol (fièvre) et de l'arnica en granules (coups) si besoin.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ .

Signature.

## DONNEES PERSONNELLES

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de l'enfant .....

**Reconnais avoir lu les mentions ci-dessous, et je donne mon consentement pour l'utilisation de mes données dans le cadre de la finalité indiquée.**

Les données personnelles recueillies dans le cadre de ce formulaire sont utilisées pour la gestion du Centre d'Animation de la Ville de Maiche qui aura lieu du 08 au 12 juillet 2024 / du 15 au 19 juillet 2024 / du 26 au 30 août 2024.

Conformément à l'article 13 du règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, nous vous informons que ces données personnelles font l'objet d'un traitement et ne font pas l'objet d'une prise de décision automatisée ou de profilage. Elles ne sont conservées que dans la limite imposée par la réglementation et par la finalité du traitement : pendant la durée du Centre d'Animation.

La commune de Maiche est responsable du traitement et les destinataires de ces données sont les services de la Mairie. Aucune donnée collectée ne fait l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne.

En application des articles 15 et suivants du règlement susmentionné, vous pouvez en vous adressant à la Mairie de Maiche :

- Bénéficiaire d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données ou une limitation du traitement ;
- Vous opposer au traitement des données vous concernant ;
- Disposer du droit de retirer votre consentement à tout moment ;
- De donner des directives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès.

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

<https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>

Pour faire valoir ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données au 03.81.64.03.01 ou à l'adresse [dpd.adat@doubs.fr](mailto:dpd.adat@doubs.fr)

A ..... le .....

Faire précéder la signature de la mention : **Lu et approuvé**

Signature,