Inscriptions aux journées du Sacré Cœur

(Pour les enfants du CP au CM2)

FICHE D'INSCRIPTION ET D'AUTORISATION PARENTALE

Du lundi 18 au vendredi 29 aout 2025
Au Jardin Miquey, rue du Chant des Oiseaux

Je, soussigné(e) (prénom, NOM) : ……en qualité de père, mère, tuteur (*)
Autorise ma fille, mon fils (*) (prénom, NOM) : ……
né(e) le : ……..

à participer aux Journées du Sacré Cœur (cocher les jours souhaités) :
☐ Semaine du 18 au 22 aout
☐ Semaine du 25 au 29 aout
De 9h30 (accueil possible dès 8h sur demande) – 17h15 (accueil possible jusqu'à 18h)

Si votre enfant sera absent certains jours, merci de le préciser : …….

Autorise les membres de l'équipe d'animation ou un autre parent à assurer si nécessaire le transport en voiture ou à pied de mon enfant.

Autorise la personne responsable ou l'animateur de l'équipe à faire pratiquer, en cas d'urgence, tout acte médical ou chirurgical que son état nécessiterait, après avis médical, et / ou à sortir mon enfant des urgences.

Autorise mon enfant à rentrer à la maison seul(e), en bus, à vélo ou à pied, à la fin des activités :
(Les animateurs sont responsables de votre enfant uniquement pendant les temps d'activités prévus).
OUI ☐ NON ☐

Autorise (droit à l'image) la diffusion de photos, vidéos ou de tout autre document, réalisés dans le cadre des activités, sur lesquels pourrait figurer mon enfant :
OUI ☐ NON ☐

La participation financière est de 40€ pour la semaine. Elle est à régler en ligne.
Pour toute question ou souci financier, n'hésitez pas à nous solliciter.

Apporter son pique-nique pour la journée
Pour toute question ou souci, n'hésitez pas à en parler à la personne responsable.

Autres documents à joindre à la fiche d'inscription :
☐ Fiche sanitaire de liaison

Fait le……. à…….

Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos informations qui vous concernent ; vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Délégué à la protection des données. Une pièce d'identité vous sera demandée pour nous assurer de l'identité du demandeur. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vos informations sont sécurisées dans notre base informatisée.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2023 - 2024

Nom :	**Prénom :**

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES – Date du dernier vaccin fait			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)			
VACCINS RECOMMANDES – Date(s) des derniers vaccins faits			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		BCG	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus*		Influenza b*	
Méningocoque C*		Pneumocoque*	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.
*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il **un traitement médical** ? ☐ Oui ☐ Non

Lequel ?

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTOLÉRANCE OU ALLERGIES SUIVANTES :

- ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
- MÉDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen…) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir.**

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales**, des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? ☐ Oui ☐ Non

Mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si besoin sur les lieux d'accueil de l'enfant.

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

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Asthme ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRÉNOM **:**

TEL DOMICILE : **TEL TRAVAIL** : **TEL PORTABLE :**

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant) : **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE : **SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL** ☐