- À déposer à l'accueil de loisirs avec les justificatifs demandés-

Yvetot
Ville de cœur

FICHE D'INSCRIPTION
ACCUEIL DE LOISIRS

Rue des petits bézots
76190 YVETOT
Tél. : 02.32.70.41.36
Mail : secretariat.jeunesse@yvetot.fr

Année scolaire 2023-2024

- Garderie du matin
- Garderie du soir
- Mercredi
- Vacances scolaires

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ /____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Établissement scolaire : _____ Classe (au 1er septembre 2023) : _____

RESPONSABLE 1

☐ Père ☐ Mère ☐ Famille d'accueil

NOM : _____

Prénom : _____

Situation familiale : ☐ Marié(e) / Pacsé(e)
☐ En concubinage
☐ Célibataire
☐ Veuf /veuve

N°tel fixe : ____/____/____/____/____

N°portable : ____/____/____/____/____

Adresse :
_____

Code postal : _____ Ville : _____

N° tel professionnel : ____/____/____/____/____

Mail : _____

Profession : _____

☐ Autre (à préciser) :_____

Nom de l'employeur :_____

Adresse de l'employeur :_____

Comment souhaitez-vous recevoir la facture ?
☐ COURRIER ☐ MAIL

Vous êtes allocataire :
☐ CAF ☐ Mutualité Sociale Agricole

Foyer fiscal (nombre de personnes habitant à cette adresse) :
Nombre d'adultes : _____
Nombre d'enfants : _____

RESPONSABLE 2

☐ Père ☐ Mère ☐ Famille d'accueil

NOM : _____

Prénom : _____

Situation familiale : ☐ Marié(e) / Pacsé(e)
☐ En concubinage
☐ Célibataire
☐ Veuf /veuve

N°tel fixe : ____/____/____/____/____

N°portable : ____/____/____/____/____

Adresse :
_____

Code postal : _____ Ville : _____

N° tel professionnel : ____/____/____/____/____

Mail : _____

Profession : _____

☐ Autre (à préciser) :_____

Nom de l'employeur :_____

Adresse de l'employeur :_____

Comment souhaitez-vous recevoir la facture ?
☐ COURRIER ☐ MAIL

Vous êtes allocataire :
☐ CAF ☐ Mutualité Sociale Agricole

Foyer fiscal (nombre de personnes habitant à cette adresse) :
Nombre d'adultes : _____
Nombre d'enfants : _____

- Cadre réservé à l'administration -

Dossier reçu le : .....
☐ Activité professionnelle année scolaire ☐T1 ☐T2 ☐T3 ☐T4
☐ Fiche Sanitaire ☐ Code abonné ☐T5 ☐T6

- Cadre réservé à l'administration -

Dossier reçu le : .....
☐ Activité professionnelle année scolaire ☐T1 ☐T2 ☐T3 ☐T4
☐ Fiche Sanitaire ☐ Code abonné ☐T5 ☐T6

PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

Nom prénom : _____ Lien avec l'enfant (tante...) : _____ Tél. : _____

Nom prénom : _____ Lien avec l'enfant (tante...) : _____ Tél. : _____

Nom prénom : _____ Lien avec l'enfant (tante...) : _____ Tél. : _____

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES ET AUTORISATIONS

HOSPITALISATION

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Ville d'Yvetot à prendre toute décision concernant une hospitalisation en cas d'urgence.

AUTORISATION DE SORTIE

☐ J'autorise mon enfant à repartir seul (âgé d'au moins 10 ans ou accompagné d'un jeune d'au moins 12 ans).
☐ Je n'autorise pas mon enfant à repartir seul.

DROIT A L'IMAGE

☐ J'autorise la prise de photographies et/ou réalisation de films à destination d'une diffusion dans la presse ou d'une diffusion non commerciale sur tous les supports de communication de la ville d'Yvetot.

La ville d'Yvetot s'interdit de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation des personnes photographiées. Aucune rémunération ne pourra être réclamée en contrepartie de l'exploitation des photographies.

☐ Je n'autorise pas la prise de photographies et/ou réalisation de films.

RECOMMANDATIONS

Votre enfant porte : ☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Appareils auditifs ☐ Appareil dentaire
☐ Autre difficulté de santé (à préciser) _____

MEDECIN TRAITANT

NOM du médecin traitant : _____ Numéro de téléphone du médecin :_____

ALLERGIES

☐ Allergie alimentaire (préciser la cause) _____
Conduite à tenir : _____
☐ Allergie médicamenteuse (préciser la cause) _____
Conduite à tenir : _____
☐ Autre allergie (à préciser) _____
Conduite à tenir : _____

PRATIQUES ALIMENTAIRES SPECIFIQUES

☐ Panier repas
☐ Sans porc
☐ Autre (à préciser) _____

MALADIES

L'enfant a -t- il déjà eu :
Varicelle ☐ NON ☐ OUI Asthme ☐ NON ☐ OUI

TRAITEMENT MEDICAL

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ NON ☐ OUI (Lequel ?) _____
Pour quelle difficulté de santé ? _____

Mouille-t-il encore son lit ? ☐ NON ☐ OUI
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? ☐ NON ☐ OUI
Un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** est-il mis en place ? ☐ NON ☐ OUI (Si oui, fournir une photocopie)

☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'établissement et je m'engage à le respecter.
Fait à Yvetot, le _____
Signature du / des responsables légaux :

« Les informations recueillies sur cette fiche font l'objet d'un traitement informatisé par la Mairie d'Yvetot sis à Place de l'Hôtel de ville (76190) pour la gestion de l'ALSH. 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. Le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investie la mairie d'Yvetot (Délibération 2015-433 du 10 décembre 2015 ; Articles L. 227-4 et R. 227-1 du code de l'action sociale et des familles ;Articles L. 2324-1 et R. 2324-17 du code de la santé publique). Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées. Les données collectées seront communiquées aux destinataires suivants : service ALSH, Trésor public, CAF. Les données sont conservées 10 ans. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement et votre droit à la portabilité de ces données. Le droit d'opposition ne s'applique pas dans ce cas. Ce consentement peut être retiré à tout moment. Pour exercer ces droits ou pour toute question, vous pouvez nous contacter par mail : rgpd@yvetot.fr ou par courrier. Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL(cnil.fr)».