

- Restauration scolaire
- Accueil de loisirs
  - périscolaire matin, périscolaire soir
  - mercredis, vacances scolaires

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

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

- Cadre réservé à l'administration -

Dossier reçu le : .....  T1  T2  T3  T4  T5  
QF : .....  Fiche Sanitaire  Code abonné

**IDENTITÉ DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Classe (au 1<sup>er</sup> septembre 2024) : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE 1**

Père  Mère  Famille d'accueil

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Situation familiale (cochez la ou les cases correspondante(s) :

- Marié(e) / Pacsé(e)
- Séparé(e) de l'autre parent
- En concubinage
- Seul(e) au foyer
- Veuf /veuve

N°tel fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° tel professionnel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Comment souhaitez-vous recevoir la facture ?

COURRIER  MAIL

N° d'allocataire CAF /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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 (cochez la ou les cases correspondante(s) :

- Marié(e) / Pacsé(e)
- Séparé(e) de l'autre parent
- En concubinage
- Seul(e) au foyer
- Veuf /veuve

N°tel fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° tel professionnel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de travail : \_\_\_\_\_

Comment souhaitez-vous recevoir la facture ?

COURRIER  MAIL

N° d'allocataire CAF /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Foyer fiscal (nombre de personnes habitant à cette adresse) :

Nombre d'adultes : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

**RESTAURATION SCOLAIRE**

Merci d'entourer les jours où votre enfant déjeunera à la cantine : LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI  
Toute modification exceptionnelle ou définitive de ces jours sera prise en compte si elle est signalée 15 jours avant, par mail.

## PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS AUTORISÉES À REPRENDRE L'ENFANT

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

## 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 pendant la sieste ?  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](mailto: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](http://cnil.fr))».