

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

■ EPJ :

■ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Enfant

 Sexe : Féminin Masculin

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Âge : _____ Classe : _____ Lycée/Collège : _____

Adresse si différente du responsable légal : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone de l'enfant : _____

■ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 (mère, père, tuteur)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Responsable légal 2 (mère, père, tuteur)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

FICHE SANITAIRE

■ DOCUMENTS A FOURNIR

 La photocopie des vaccins

■ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTE DU MINEUR

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Informations nécessaires en cas d'urgence

 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 administré sans ordonnance.

 Allergies : Alimentaires oui non

 Médicamenteuses oui non

 Autres (animaux, plantes, pollen) oui non

Précisez _____

■ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT DOIT OBLIGATOIREMENT REMPLIR ET SIGNER CE QUI SUIT :

Je soussigné(e) : _____

Responsable légal de l'enfant : _____

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'équipement

J'accepte que les données personnelles et de santé de l'enfant soient collectées pour son inscription aux différentes activités et pour la gestion de l'ensemble de mes demandes. Je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations qui me concernent.

Ces droits peuvent être exercés par courriel : protectiondesdonnees@ville-venissieux.fr soit à l'adresse postale suivante : Délégué à la protection des données 5 avenue Marcel Hoüel 69200 Vénissieux. Mes données sont conservées pendant toute la durée du traitement qui correspond une année scolaire plus les mois de juillet et août. Elles ne sont transmises à aucun tiers en dehors des prestataires pour la réalisation des prestations ou prévus par la réglementation en vigueur (Trésorier payeur...).

Autorise mon enfant à participer à toutes des activités de l'Equipement Polyvalent Jeunes.

Autorise l'équipe d'encadrement à prendre les dispositions nécessaires pour apporter les soins à l'enfant en cas de nécessité.

Autorise le directeur du centre de loisirs à photographier mon enfant dans le cadre des activités et donne mon accord pour la diffusion des clichés à cocher si refus

Autorise l'équipe d'animation à m'adresser les plannings d'activités des périodes de vacances scolaires :

courrier postal mail : _____ @ _____

Adhésion pour les vénissiens : reçu la somme de 6 euros par enfant le ____ / ____ / ____

Adhésion pour les non vénissiens : reçu la somme de 8 euros par enfant le ____ / ____ / ____

A Vénissieux, le ____ / ____ / ____

Lu et approuvé

Signature :