



<h2 style="margin: 0;">FICHE D'INSCRIPTION</h2> <p style="margin: 0;">Vacances de la Toussaint 2021 Service jeunesse</p>	<p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>FILLE <input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/></p> <p>NUMERO DE PORTABLE :</p>
--	---

1- CALENDRIER

Merci de cocher les jours de présence

Semaine du 25 au 29 octobre	Lundi 25	Mardi 26	Mercredi 27	Jeudi 28 sortie à la journée*	Vendredi 29
9h – 12 h					
14h – 17h					

Semaine du 1 ^{er} au 5 novembre	Lundi 1er	Mardi 2	Mercredi 3	Jeudi 4	Vendredi 5 sortie à la journée*
9h – 12h	Féié				
12h – 17h	Féié				

* : pour les jours de sorties à la journée, votre enfant doit être disponible de 9h à 15h.

2-RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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*)

ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non

MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

4 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE

TÉL. PARENT 1 – PORTABLE : BUREAU :

TÉL. PARENT 2 – PORTABLE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e) Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : A Claix, le ____ / ____ / 2021

Signature :

AUTORISATION PARENTALE :

J'AUTORISE MON ENFANT A ETRE PHOTOGRAPHIE/ FILME DANS LE CADRE DES ACTIVITES

Oui Non

J'autorise la mairie de Claix et ses services municipaux à exploiter les données saisies dans le cadre de la prestation demandée. Celles-ci sont protégées et seront conservées pendant la durée légale et celle de leur utilité. Conformément au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez sous conditions et sauf exceptions d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, d'opposition, de limitation des traitements, de retrait de votre consentement à tout moment, et de réclamation auprès de la CNIL.