



**FICHE D'INSCRIPTION 2023-2024**

***Le Jeune***

Nom et Prénom :	Date de naissance :
Adresse complète :	Code postal et Ville :
Adresse email : @	

***Responsable(s) légal (-aux) du Jeune***

Nom(s) et prénom(s) du ou de(s) responsable(s) :	Code Postal :
Adresse personnelle :	Ville :
<u>N° téléphone domicile :</u>	<u>Numéros de portable :</u>

**DECLARATION DU/DES RESPONSABLES  
LEGAL/LEGAUX**

Je soussigné(e) responsable légal Mme, Mlle, M. \_\_\_\_\_

- Autorise à participer aux activités organisées par le secteur jeunes,
- Autorise le Pôle à transporter mon jeune dans un mini bus,
- Autorise mon jeune à aller et venir aux activités librement,
- Autorise à être maquillé lors des activités,
- Autorise à être photographié ou être filmé et de diffuser, d'exposer les images ou film dans le cadre de nos projets, également sur le site du Grand Reims.     OUI  NON

Fait à....., le.....  
Signature(s) :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(document confidentiel)

Cette fiche est utilisée dans le but de connaître les aspects médicaux de votre enfant. En cas d'urgence, ces renseignements seront utiles aux équipes médicales et personnels de soin.

### RAPPEL IDENTITÉ DE L'ENFANT :

Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : ...../...../.....	Sexe : ♂ Garçon      ♀ Fille
Classe : .....	

### IDENTITES DES RESPONSABLES LEGAUX

<b>Responsable légal 1 :</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice	<b>Responsable légal 2 :</b> <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur/-trice
Nom d'usage : .....	Nom d'usage : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Téléphone (domicile) : ...../...../...../...../.....	Téléphone (domicile) : ...../...../...../...../.....
Téléphone (portable) : ...../...../...../...../.....	Téléphone (portable) : ...../...../...../...../.....

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :** autres que les représentants légaux

<u>Nom</u> : .....	<u>Prénom</u> : .....
<u>N° de téléphone</u> : ...../...../...../...../.....	
<u>Lien de parenté/autre</u> : .....	
<u>Nom</u> : .....	<u>Prénom</u> : .....
<u>N° de téléphone</u> : ...../...../...../...../.....	
<u>Lien de parenté/autre</u> : .....	
<u>Nom</u> : .....	<u>Prénom</u> : .....
<u>N° de téléphone</u> : ...../...../...../...../.....	
<u>Lien de parenté/autre</u> : .....	

**VACCINATIONS**  
(cocher les cases correspondantes)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole Oreillons Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser) :	

*Documents à fournir obligatoirement : **Copies des vaccins***

Si l'enfant n'a pas les **vaccins obligatoires**, merci de nous joindre un certificat médical de contre-indication.

• **Coordonnées du médecin traitant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... ; ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....@.....

Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : .....

• **Renseignements médicaux :**

**Traitement médical :**

Actuellement, votre enfant suit-il un traitement ?       **Oui**       **Non**

Si oui, merci de préciser lequel :

.....

**Allergies :**

ASTHME	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
AUTRES (animaux, plantes...etc)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, joindre un certificat médical, précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

En cas d'allergie, il est recommandé de mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI) en lien avec le médecin scolaire.

**Autres difficultés de santé, si oui préciser :**       **Oui**       **Non**

Recommandations utiles des parents concernant la santé de l'enfant :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif...etc

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e), ..... (père, mère, tuteur/-trice) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre en cas d'accident ou incident toutes les mesures nécessaires à la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Le pôle territorial concerné devra être informé de toute(s) modification(s) de ces informations.

**Date et signature des représentants légaux :**

« Les informations personnelles recueillies ont pour finalité l'inscription de votre enfant à l'école, à la restauration scolaire et aux activités/accueils périscolaires.

Les données sont conservées pendant toute la scolarité de l'enfant et sont mises à jour chaque année. Le responsable du traitement est la Communauté urbaine. Les établissements scolaires en sont destinataires.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement du traitement. Vous pouvez obtenir des informations en adressant un courrier à la Communauté urbaine du Grand Reims, Mission Affaires Scolaires et Petite Enfance des Territoires- Pôle Territoires, Hôtel de la Communauté, 3 rue Eugène Desteuque CS 80036 - 51722 REIMS Cedex. Ajouter une adresse email ou un téléphone, pour faciliter l'accès.

Vous avez la possibilité de contacter notre délégué à la protection des données, pour toute information concernant vos données personnelles à [dpo@grandreims.fr](mailto:dpo@grandreims.fr) ou d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) »