

DOSSIER RENOUVELLEMENT

Nom de l'enfant :

Les modalités de renouvellement sont les suivantes :

Vérifier et modifier si nécessaire les informations disponibles sur votre compte famille

Coordonnées personnelles (adresse / téléphone et mail)
Contacts des personnes autorisées à récupérer vos enfants
Autorisations (Captation / Partir seul / Hospitalisation...)

Documents à fournir

Fiche sanitaire de liaison ci-après à compléter et à signer
Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accident 2026/2027
Avis d'imposition 2025 sur revenus 2024 pour le foyer (si nécessaire, voir ci-dessous)/attestation quotient familial

Je fournis l'avis d'imposition : OUI / NON

Si NON, j'accepte de payer le tarif maximal.

Je, soussigné-e,, **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance des règlements intérieurs des structures.** Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le logiciel utilisé par les structures dans le but de suivi/contrôle. Elles seront conservées pendant trois ans.

Je **m'engage à signaler tout changement de situation** concernant l'enfant/adolescent(e) (santé, scolarisation, lieu de vie, assurance...) ou du/des responsable(s) (coordonnées, modalités d'autorité parentale...).

Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le ou la responsable de structure. Chaque responsable légal est notamment informé que conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations qu'il communique par le biais de ce formulaire sont nécessaires pour répondre à sa demande et sont destinées au ou à la responsable de structure, en tant que responsable du traitement à des fins de gestion administrative des services utilisés.

Fait à

Signature du ou des responsable(s) :

Le/...../.....

*Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2026/2027

Fiche à joindre au dossier d'inscription unique – Soumis à discrétion professionnelle, elle est archivée seulement 1 année car nécessite un renouvellement annuel

ENFANT/ADOLESCENT(E)

Sexe : Garçon Fille

Ecole :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale rattaché à l'enfant :

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) : OUI NON

ALLERGIE(S)

Alimentaire : Non Oui, précisez :

Médicamenteuse : Non Oui, précisez :

Autre : Non Oui, précisez :

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

Non Oui Déjà établi (*Documents à fournir*)

PATHOLOGIE(S)

L'enfant/l'adolescent(e) a-t-il une ou des pathologies ?

.....

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administré sans PAI (Boite de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant/adolescent(e) avec la notice).

Traitement régulier Aucun Pris au domicile A prendre à la structure

Traitement en cas de crise Aucun Oui

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence

L'enfant/l'adolescent(e) s'auto médicamente Prévoir PAI pour l'accompagner

Déjà établi (*à fournir*)

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.



Assas



LES GARRIGUES
animation

ms
santé
famille
retraite
services



APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

- Lunettes Lentilles Prothèses Auditives Prothèses dentaires Appareil orthopédique
 Fauteuil/Déambulateur Autre *Lequel*.....

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon l'activité) :

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

- Non Oui Déjà établi (*Documents à fournir*)

MEDECIN TRAITANT

Nom : **Tel :**

Adresse :

AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

Responsable 1 – en qualité de

Nom : **Prénom :**

Téléphone : **Téléphone :**

Responsable 2 – en qualité de

Nom : **Prénom :**

Téléphone : **Téléphone :**

AUTORISATION

- Autorise N'autorise pas

Le-la responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant/l'adolescent(e) suivant les prescriptions du médecin consulté.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), responsable de l'enfant/l'adolescent(e), **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir fourni** l'attestation de vaccinations précisant par un médecin que l'enfant l'adolescent(e) est à jour ainsi que le cas échéant le(s) projet(s) d'accueil individualisé (PAI).

Conformément à la loi RGPD, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le-la responsable de la structure. **Les données personnelles que vous nous communiquez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et les structures.** Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données seront valables durant l'année en cours et détruites par le service concerné.

Fait à

Signature du ou des responsable(s) :

Le/...../.....