

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (ENFANT ET FAMILLE) REGLEMENTATION RGPD

JE SOUSSIGNÉ

Nom / prénom.....

Qualité (père/mère/tuteur)

Nom / prénom de votre enfant

Adresse personnelle

PAR LA SIGNATURE DU PRÉSENT DOCUMENT

Je reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueillies dans le cadre des dossiers d'inscription aux activités auxquelles participe mon enfant sont obligatoires pour permettre à la MJC la prise en compte et le suivi de mon dossier. Elles seront conservées 3 ans. J'autorise la MJC, dans le respect du secret professionnel à communiquer aux seules personnes et organismes concernés par la gestion de ce dossier, les informations à caractère personnel / médical nécessaires.

DROITS À L'IMAGE

J'autorise que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre de ces activités. Ces films/photos pourront être utilisés pour des publications de la collectivité partenaire de l'Animation Jeunesse et par la MJC (dans un but non commercial) sans limitation de durée.

Si je refuse, je le signale par écrit à l'animateur.

SÉCURITÉ - ASSURANCE

J'autorise le responsable à prendre toutes les dispositions qu'il jugerait utiles en cas d'accident ou de malaise survenu à mon enfant. Je demande à être prévenu dans les plus brefs délais. L'organisateur s'engage à déclarer l'accident à son assureur (GROUPAMA, sociétaire n°73163546) afin d'assurer le remboursement des frais liés au sinistre.

Fait le Signature

À



INFORMATIONS ET CONTACTS

KEVIN MAITRE
Animateur et Coordinateur

☎ 07.71.74.23.67

✉ kevin.maitre@mjc-levivarium.com

JUSTINE JARREAU
Animatrice

✉ espaceados@mjc-levivarium.com

C'EST OU ? C'EST QUAND ?

Les **mercredis de 12h00 à 19h00** à l'**Espace Ados de la MJC**

CONDITIONS D'INSCRIPTION :

- Carte de membre
- Fiche sanitaire à jour
- Avoir entre 10 et 17 ans (ou être sur l'année de passage CM2 - 6ème)





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL



A compléter une seule fois par saison, sauf changement(s)

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Prénom du jeune : Nom de famille

Date de naissance :/...../..... SEXE : F M

Numéro de portable :/...../...../...../...../.....

N° de Sécurité Sociale : CLASSE :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant les vacances ? 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
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

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

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Régime alimentaire : Oui Non _____

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité ? Oui Non

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :