

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2025 - 2026

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Les inscriptions se font sur la **plateforme INOÉ**.

L'inscription ne sera effective que si le **paiement en ligne est validé**.

Conditions d'inscription :

Carte de membre MJC - Fiche sanitaire à jour - Avoir entre 10 et 17 ans

Paiement possible également sur place pour les **chèques ANCV** (contactez-nous).

Nous sommes disponibles **par téléphone** ou à **l'espace ados** pour vous accompagner dans ces démarches d'inscription le **mercredi après-midi de 13h à 17h**. Si certains créneaux ne sont plus disponibles, votre enfant sera inscrit en **liste d'attente**.



CONTACTS ESPACE ADOS

Kevin MAITRE (ANIMATEUR - COORDINATEUR) :

- Tél. : **07.71.74.23.67**
- Mail : **kevin.maitre@mjc-levivarium.com**
- Email : **espaceados@mjc-levivarium.com**

SITE WEB





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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 ? ☐ 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

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 des 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 PORTABLE : TEL DOMICILE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL PORTABLE TEL DOMICILE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser 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 :