

Dossier fait le:.....  
Par:.....  
MAJ CIRIL :

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024

### IDENTITE DE L'ENFANT

NOM :  PRENOM :  Sexe :  M  F

DATE DE NAISSANCE :  LIEU DE NAISSANCE :

### RESPONSABLE(S) LEGAUX DE L'ENFANT

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
	<input type="radio"/> PERE <input type="radio"/> MERE <input type="radio"/> AUTRE.....	<input type="radio"/> PERE <input type="radio"/> MERE <input type="radio"/> AUTRE.....
Nom		
Prénom		
Adresse		
☎ Numéro téléphone		
☎ Numéro téléphone professionnel		
✉ Adresse mail		
Profession		
Nom de l'employeur		
Situation du foyer	<input type="radio"/> Marié/Pacsé <input type="radio"/> Union libre <input type="radio"/> Séparé/divorcé <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Autre..... → Garde alternée : <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON → Semaine Paire : <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère    Semaine Impaire : <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère	

### Service souhaité

➤ Accueil de loisirs – Sport Anim

OUI

⚠ Attention, l'ouverture des activités ne vaut pas réservation ! Il vous appartiendra de les effectuer ensuite, via la fiche d'inscription fournit par période de vacances et de vous renseigner sur l'acceptation des activités

Numéro allocataire CAF :

Département :

Numéro allocataire MSA :

Autre :

Dossier fait le:.....  
Par:.....  
MAJ CIRIL :

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT 2024

La fiche de renseignements médicaux est obligatoire et doit être remplie de manière précise et complète tous les ans. Tout enfant, susceptible de fréquenter les services devra faire l'objet de l'ensemble de ces fiches dûment remplies.

NOM :  PRENOM :

Un Protocole d'Accueil Individualisé a-t-il été rédigé pour l'accueil de votre enfant :  OUI  NON

Si oui, merci de nous fournir le document

Allergies : Médicaments  Alimentaire

Autres

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

L'enfant a-t-il déjà eu :  Angine  Asthme  Coqueluche  Rhumatisme  Rougeole  
 Scarlatine  Varicelle  Rubéole

Votre enfant porte-t-il des lunettes, appareil dentaire ou auditif, a-t-il des difficultés particulières :

MEDECIN TRAITANT :  TELEPHONE :

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON ; Le (s) quel(s) ?

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

→ Un PAI devra être signé

Assurance responsabilité civile Scolaire/ Extrascolaire :

Nom de l'assureur :  Numéro de contrat :

### Personne(s) à contacter / autorisée (e) à venir chercher l'enfant

Nom / Prénom	Lien de parenté	N° de Téléphone	Autorisation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant <input type="radio"/> A prévenir en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant <input type="radio"/> A prévenir en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant <input type="radio"/> A prévenir en cas d'urgence

Dossier fait le:.....  
Par:.....  
MAJ CIRIL : ○

## AUTORISATIONS Année 2024

### Déclaration sur l'honneur (pour faire valoir ce que de droit)

#### A remplir et à signer obligatoirement

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_, certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription, je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et du règlement intérieur du service pour lequel je demande l'inscription de mon enfant et déclare en accepter les modalités.

- M'engage à signaler tous les changements en cours d'année concernant ma situation familiale.
- Prend acte que **seule**, la réservation sur les plannings des accueils permettra la prise en charge de mon enfant.
- Accepte la récupération des informations sur le « compte partenaire de la Caisse d'Allocation Familiales de l'Hérault » (uniquement pour les accueils de loisirs)
- Autorise le personnel du service enfance jeunesse écoles sports à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie)
- Autorise mon enfant à effectuer des déplacements avec les animateurs, à pied ou en bus si besoin pour aller pratiquer une activité sportive ou de loisirs.
- Autorise la prise et diffusion de photographies de mon enfant. (*Photos ou films réalisés dans le cadre des activités péri et extrascolaires et utilisés à des fins d'expositions ou de publications non commerciales*).
- Autorise mon enfant à rentrer seul (élémentaire uniquement).

#### COMMUNICATION AVEC LE SERVICE Sport, enfance et jeunesse

- Si je ne souhaite pas recevoir mes factures par mail via le portail famille, merci de cocher cette case.

**Toutes les informations génériques et diverses liées aux activités vous seront adressées sur votre portail famille.**

Fait à :

Le

Signature obligatoire des responsables légaux

La Ville de Balaruc-les-Bains vous informe que les données personnelles recueillies sur ce formulaire papier et/ou électronique font l'objet d'un traitement automatisé destiné au service Enfance jeunesse. Ces données sont conservées pendant toute la scolarité de l'enfant et régulièrement mises à jour par le Service Enfance Jeunesse.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée ainsi qu'au règlement 2016/679, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression sur les données qui vous concernent. Pour l'exercer, contactez la Mairie via le courriel [contact@mairie-balaruc-les-bains.fr](mailto:contact@mairie-balaruc-les-bains.fr)