



COMMUNE DE NOORDPEENE  
230 rue de la Mairie  
59670 NOORDPEENE

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ACCUEIL PERISCOLAIRE

Année scolaire 2021/2022

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

RPI Ecole de NOORDPEENE Enseignante : .....

Classe : .....

#### PARENTS DE L'ENFANT

	Père <input type="checkbox"/> à facturer Responsable de l'enfant	Mère <input type="checkbox"/> à facturer Responsable de l'enfant
Nom, Prénom :		
Date de naissance :		
N° de sécurité sociale :		
Adresse du domicile :		
Tél. domicile - portable :		
E-mail :		
Situation Familiale : Célibataires - Mariés – Divorcés – Séparés – Vie maritale - Pacsés		

#### NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Père	Mère
Profession :		
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

**AUTORISATION DE SORTIE – PERSONNE(S) AUTORISÉ(E)S A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

**En ma qualité de responsable légal**

J'autorise mon enfant à quitter seul\* le périscolaire à 16h35 après l'accueil périscolaire  OUI  NON

**(seuls les enfants en école élémentaire peuvent être autorisés par les parents à rentrer seuls; les enfants de maternelle sont obligatoirement récupérés par un parent ou un adulte désigné.)**

En dehors des parents, personnes habilitées à venir rechercher l'enfant	En dehors des parents, personnes à prévenir en cas d'accident	Nom - prénom	Qualité	Téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

En cas d'accident ou incident, j'autorise à mes frais, les responsables de la structure à prendre toute mesure qui s'impose pour la sécurité ou la santé de mon enfant (appel au médecin, au S.A.M.U, hospitalisation...).

**Allergie alimentaire** : seules les intolérances alimentaires ou allergies justifiées par un médecin spécialiste allergologue seront prises en compte, dans la limite des allergènes majeurs à cocher dans le tableur ci-dessous :

Lait	Gluten	Œuf	Poisson	Sulfites	Fruits à coques	Crustacés	Mollusques	Soja	Céleri	Arachides	Moutarde	Sésame	Lupin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire (joindre l'attestation au dossier)

Nom de la compagnie : ..... N° Téléphone : ..... N° Contrat : .....

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives :  OUI  NON

J'autorise la mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) :  OUI  NON

Je soussigné

déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur qui précisé les règles de fonctionnement de ces activités.

Fait à ....., le .....

Signature :

#### **Utilisation de vos données personnelles**

La Commune de NOORDPEENE, responsable du traitement des données contenues dans ce formulaire, vous informe que ce traitement correspond à une mission d'intérêt public au regard de l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant à l'accueil Périscolaire et à la cantine ainsi qu'à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. Elles sont destinées exclusivement au personnel chargé de l'enregistrement de l'inscription. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant.

Ces données ne sont pas conservées au-delà de la période d'inscription de votre enfant à la cantine scolaire et la garderie.

#### **Vos droits**

Conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD, **vous bénéficiez** :

d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant

du droit à la portabilité de vos données

du droit à la limitation d'un traitement vous concernant

du droit, pour motifs légitimes de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement

Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant à la MAIRIE DE NOORDPEENE – 230, Rue de la Mairie – 59670 NOORDPEENE mail : [contact@noordpeene.fr](mailto:contact@noordpeene.fr) . Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droit.

#### **Pour aller plus loin**

Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez : consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON      FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui      - non      MÉDICAMENTEUSES      oui      - non  
ALIMENTAIRES      oui      - non      AUTRES

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?                      NON                      OCCASIONNELLEMENT                      OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?                      NON                      OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---