



FICHE INDIVIDUELLE ADOS 2019-2020

NOM de l'enfant (en majuscules) :

PRENOM de l'enfant (en majuscules) :

Fille : Garçon : Portable ado :

Date de naissance :

Collège : Classe (2019-2020) :

Adresse de l'enfant :

.....

Vaccination	Date du dernier rappel	Vaccination	Date du dernier rappel
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R.O.R	
Poliomélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		B.C.G	
Ou Tetracoq			

Si votre enfant n'est pas vacciné, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication.

Maladies : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (si oui cochez la case correspondante)

Angine Coqueluche Oreillons Otite Rubéole

Rougeole Rhumatismes articulaires Scarlatine Varicelle

Maladies chroniques de l'enfant :

Aucune Asthme Diabète Epilepsie Convulsions

Autre

Indiquez les difficultés liées à la santé de votre enfant (maladie, accident, crises de convulsions, hospitalisation, intervention chirurgicale, rééducation...) et précisez les précautions à prendre :

.....

Appareillages :

Aucun Lentilles Lunettes Prothèses dentaires

Appareil dentaire Autre à préciser :

Recommandations particulières :

..... **Tsvp**

Nom du Médecin traitant :

Allergies :

Asthme Alimentaires (*Certificat médical exigé*) Médicaments Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Projet d'Accueil individualisé (PAI) à fournir impérativement

Si la santé de votre enfant impose la mise en place d'un PAI, un bilan médical datant de moins de 3 mois doit être fourni. Vous devez impérativement vous mettre en relation avec le médecin scolaire ou la Protection Maternelle Infantile, par l'intermédiaire du directeur d'école, dès la rentrée des classes. Dans le cas d'allergie alimentaire, votre enfant ne pourra fréquenter le service de restauration scolaire tant que le PAI n'aura pas été validé par le médecin scolaire.

Un PAI est déjà en cours Oui Non Une demande est envisagée Oui Non

Rappel : pour la mise en place d'un PAI, merci de vous rapprocher de l'établissement scolaire.

Autorisations

Autorisation de prise de vue et de conservation des supports par la CAPG

J'autorise, dans le cadre d'activités ou de manifestations, que mon enfant soit pris en photo et/ou filmé Oui Non

Autorisation de sorties pendant les animations Périscolaires

J'autorise mon enfant à participer à des activités extérieures dans le cadre des temps périscolaire, et accueil de loisirs Oui Non

Autorisation de participation aux activités aquatiques

J'autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques dans le cadre des temps périscolaire, et accueil de loisirs Oui Non

Autorisation à partir seul

J'autorise mon enfant à partir seul du local ados Oui Non

Assurance

L'assurance scolaire ou responsabilité civile de l'enfant est obligatoire. La famille s'engage à fournir l'attestation d'assurance et à prévenir de tout changement de contrat. Le cas échéant, la nouvelle attestation devra être fournie.

Je soussigné(e)....., représentant(e) légal(e) de l'enfant, **autorise** le service jeunesse de la CAPG encadrant mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. En cas d'accident, il est fait appel au SAMU ou aux sapeurs-pompiers. Les parents de l'enfant sont prévenus par le responsable périscolaire ou le directeur de l'accueil de loisirs.

Je **certifie** l'exactitude des renseignements ci-dessus, **m'engage** à signaler à la CAPG toute modification des informations portées sur ce document, et **atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur**.

Fait à, le.....

Signature des responsables légaux

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique (logiciel Domino et Portail Familles) destiné à la Communauté d'Agglomération du Pays de Grasse pour la gestion de la préinscription, de l'inscription, de la facturation et du suivi du service jeunesse.

Les données sont réservées uniquement à un usage interne (service Jeunesse).

Cependant, certaines informations ciblées peuvent être communiquées à la CAF Caisse d'Allocation Familiale, la MSA Mutuelle Santé Agricole (pour les personnes concernées) et la Trésorerie.

Elles sont conservées pendant le temps strictement nécessaire à l'accomplissement de la finalité pour laquelle elles ont été collectées.

Conformément au Règlement européen 2016/679 sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, d'un droit à l'effacement de celles-ci et à la limitation de leur traitement, ainsi que d'un droit d'opposition.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la Communauté d'Agglomération du Pays de Grasse : dpo@paysdegrasse.fr.

Vous pouvez enfin, si vous le jugez utile, introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Cependant, si vous nous contactez auparavant, nous ferons tout notre possible afin de répondre à tout motif de mécontentement de votre part.