



**SERVICE ENFANCE - JEUNESSE CCLPA**  
**Communauté de Communes du Lautrecois – Pays d'Agout**

Maison du Pays – 81220 SERVIES

☐: 05 63 70 52 67☐

☐:enfance-jeunesse@cclpa.fr

☐:anim.jeunesse@cclpa.fr

**Stage d'anglais :**.....

**LE JEUNE / L'ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : M - F

Assurance extra-scolaire : compagnie \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Date retour en classe : \_\_\_\_\_ à quelle fréquence : \_\_\_\_\_

**LE PERE OU TUTEUR LEGAL**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

**LA MERE OU TUTEUR LEGAL**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

**Situation familiale\*** : marié pacsé vie maritale divorcé séparé célibataire veuf

**Responsable légal du jeune\*** : parents père mère tuteur

**Couverture sociale du jeune\*** : père mère tuteur

**Régime des Prestations Familiales (CAF-MSA) : Q.F :** \_\_\_\_\_ **N°allocataire :** \_\_\_\_\_

**Important :** Sans indication du QF et du N° allocataire, nous facturerons le prix maximum du séjour

**Facturation à adresser à\*** : parents père mère tuteur

\* Entourer la réponse correspondante

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (nom, prénom) : \_\_\_\_\_

Responsable légal du jeune (nom, prénom) : \_\_\_\_\_

reconnais être informé du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés, en accepte les différentes modalités et autorise mon enfant à participer au séjour.

• J'autorise l'équipe pédagogique à **photographier ou filmer** mon enfant lors des activités et à utiliser ces données, notamment sur les réseaux sociaux (ex :facebook) de la CCLPA.

Oui  Non

• J'autorise le responsable du séjour à prendre toutes **dispositions médicales** (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Oui  Non

• Personne à joindre en cas d'accident et/ou autorisée à récupérer le jeune dans le cas où le responsable légal n'est pas joignable (personne majeure uniquement) :

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Les informations recueillies obligatoires dans le dossier d'inscription feront l'objet d'un traitement informatisé et papier destiné à la gestion de dossiers, la facturation, les paiements. Les données pourront avoir comme destinataires dans la limite de leurs attributions respectives les gestionnaires du service Enfance Jeunesse et le service comptable de la Communauté de Communes du Laurécois-Pays d'Agout, les organismes d'états (Trésor Public, CAF, MSA...)

Les données communiquées dans le dossier d'inscription seront conservées pour une durée de 10 ans, pour des raisons comptables.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition pour de motif légitime. Ces droits peuvent être exercés à tout moment en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la Communauté de Communes Laurécois Pays-d 'Agout : [dpd@maires81.asso.fr](mailto:dpd@maires81.asso.fr). Le consentement exprès lié aux conditions d'usage des informations pourra être retiré à tout moment. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL ou du Procureur de la République.

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD ci-dessus et donner mon consentement.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature des parents ou tuteur légal :

### Pièces à fournir :

- Photocopie des vaccins de l'enfant
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie carte d'identité



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

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

### 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES  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**.

.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....  
.....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ... ..

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....  
.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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

*Je soussigné ..... 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.*

Date : Signature :

Les informations recueillies obligatoires dans la fiche sanitaire feront l'objet d'un traitement papier destiné à assurer la sécurité morale et physique des enfants. Les données pourront avoir comme destinataires dans la limite de leurs attributions respectives les gestionnaires du service Enfance Jeunesse de la Communauté de Communes du Laurécois-Pays d'Agout, La fiche sanitaire sera restituée à la fin du séjour aux responsables légaux.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition pour de motif légitime. Ces droits peuvent être exercés à tout moment en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la Communauté de Communes Laurécois Pays-d 'Agout : [dpd@maires81.asso.fr](mailto:dpd@maires81.asso.fr). Le consentement exprès lié aux conditions d'usage des informations pourra être retiré à tout moment. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL ou du Procureur de la République.

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD ci-dessus et donner mon consentement.

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# Modalités d'inscription

## Dates utiles à définir :

- le 10/06/20 Début des inscriptions
- le 29/06/20 Fin des inscriptions
- le 30/06/20 Réponse définitive aux familles
- le 02/07/20 Réunion d'information

## En cas d'un nombre important de demande d'inscription

### Les critères de sélection sont les suivants :

- Jeune du territoire de la CCLPA
- Age
- En cas d'un grand nombre d'inscription : tirage au sort