

# Dossier administratif préalable

## Structures d'accueil Enfance et Jeunesse

### ENFANT

**Responsable du dossier :**

Le responsable du dossier doit obligatoirement être responsable légal l'enfant

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :**

**Né(e) le :**

**Téléphone et adresse courriel** (pour les jeunes)

Portable :

Courriel :

**Liens de parenté**

Responsable :

Conjoint :

**Autre responsable légal** si différent du conjoint

**Civilité :**

**Nom d'usage :**

Nom de famille :

Prénom :

Tel. Domicile :

Tel portable :

Tel travail :

Autre tel :

Courriel :

Enfant en garde alternée

Cadre réservé à l'administration

Numéro de dossier :

## Régime alimentaire

Votre enfant suit-il un régime particulier ?  OUI  NON Si oui lequel ?

*Cela ne signifie pas que la structure fréquentée pourra s'engager à fournir les repas correspondant au régime.*

## Informations médicales et sanitaires

### Vaccins obligatoires :

Diphtérie :  OUI  NON Date :.....

Tétanos :  OUI  NON Date :.....

Poliomyélite :  OUI  NON Date :.....

En cas de non vaccination il est demandé de joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

### Maladies contractées :

Asthme :  OUI  NON

Oreillons :  OUI  NON

Rubéole :  OUI  NON

Coqueluche :  OUI  NON

Varicelle :  OUI  NON

Rougeole :  OUI  NON

Angine :  OUI  NON

Scarlatine :  OUI  NON

Otite :  OUI  NON

Rhumatismes articulaires :  OUI  NON

**Votre enfant a-t-il des difficultés de santé particulières ?**  OUI  NON

Si OUI lesquelles :.....  
.....

**Votre enfant a-t-il des allergies ?**  OUI  NON

Si OUI lesquelles (alimentaires, médicamenteuses, autres...).....  
.....

**Votre enfant est-il porteur d'un handicap (déclarant en MDPH) ?**  OUI  NON

Si OUI, a-t-il une AVS (aide de vie scolaire) en classe ?.....  
.....  
Si OUI, avez-vous des précisions à apporter concernant son handicap ?.....  
.....

**Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (protocole d'accueil individualisé à l'école) ?**  OUI  NON

Si OUI, merci de fournir une copie du document

**L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses, appareil dentaire... ?**  OUI  NON

Si OUI lesquelles :.....

**Médecin traitant :** Nom..... Prénom..... Tél. ....

## Pièces à fournir

Copie des pages « vaccinations » du carnet de santé

Copie du Protocole d'Accueil Individualisé si l'enfant en bénéficie

## Signature du responsable du dossier

Je soussigné(e) ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des accueils de mineurs fréquentés à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (visite médicale, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Tout changement concernant les renseignements portés sur cette fiche doit être signalé par écrit au Sicoval.

# Dossier administratif préalable

## Structures d'accueil Enfance et Jeunesse

Responsable du dossier:

Enfant:

Le responsable du dossier doit obligatoirement être responsable légal de l'enfant rattaché au dossier.

## SCOLARISATION

Etablissement scolaire :

Classe :

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) .....responsable légal du mineur ci-dessus désigné.

### Autorisations concernant l'accueil de l'enfant

**Autorise mon enfant** à fréquenter les sorties proposées et à être transporté dans le cadre des activités et accueils proposés (par tout moyen de transport dans le cadre de la réglementation).

**Autorise les personnes suivantes** à prendre en charge mes enfants :

Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>

**Autorise mon enfant à quitter seul la structure** à partir de .....h.....  OUI  NON

**Pour les Espaces Jeunes uniquement : autorise mon enfant à quitter seul la structure**

- à n'importe quel moment au cours des ouvertures habituelles  OUI  NON
- à l'heure habituelle de fermeture de la structure  OUI  NON
- à n'importe quelle heure au cours des soirées organisées  OUI  NON
- à l'heure de fermeture de la structure à l'occasion des soirées  OUI  NON

Date :

Signature du responsable légal :

Cadre réservé à l'administration

Numéro de dossier :

## Cessions de droit à l'image

*Vu l'article 9 du code civil, Vu la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,*

**Autorise la communauté d'agglomération du Sicoval** sise 65, rue du chêne vert, 31670 Labège à :

. Capter, filmer, fixer et enregistrer l'image et/ou la voix de l'enfant désigné ci-dessus par tout procédé technique connu ou inconnu à ce jour, sur tout support, pour la durée de la présente session.

. Légender les enregistrements fixant la voix et/ou l'image de l'enfant désigné ci-dessus réalisés aux fins indiquées ci-dessous exclusivement, par l'indication de son nom, son âge, à l'exclusion de toute autre information.

La présente autorisation est consentie pour une durée légale à celle de l'autorisation de traitement des données à caractère personnel jointe au présent dossier.

**Concède, à titre gratuit** à la communauté d'agglomération du Sicoval :

. Le droit de diffuser en intégralité ou seulement en partie, mais sous réserve de ne pas dénaturer le sens initial, des images ou des propos captés de l'enfant désigné ci-dessus, sur tout support, dans le but de la promotion des accueils et des actions de la communauté d'agglomération du Sicoval.

J'atteste être informé (e) de la possibilité de m'opposer à cette diffusion par simple demande écrite auprès de la communauté d'agglomération du Sicoval.

Date :

Signature du responsable légal :

## Information relative au traitement de données à caractère personnel

Les données à caractère personnel visées dans le dossier administratif préalable et concernant l'enfant identifié dans ce dossier et son ou ses responsables légaux sont collectées aux fins de l'accueil de l'enfant concerné, et ce dans un objectif de gestion administrative de son inscription et de sa fréquentation et de prise en charge médicale et sanitaire adaptée.

La présente autorisation est consentie pour la durée de fréquentation de l'enfant à la structure.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, et au Règlement général sur la protection des données, sous réserve de la seule justification de leur identité :

- le libre accès aux données à caractère personnel concernant l'enfant susmentionné et son ou ses responsables légaux, et recueillies sur le fondement et au moyen de la présente est garanti à ces derniers, à tout moment, et sans qu'il leur soit exigé de justifier d'un quelconque motif, sans préjudice du II de l'article 39 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978,

- les responsables légaux susmentionnés disposent chacun du droit de vérifier à tout moment et sans motif, l'usage qui est fait de ces mêmes données à caractère personnel, sans préjudice du II de l'article 39 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, et d'exiger qu'elles soient effacées si elles s'avèrent incomplètes, équivoques, ou périmées, et conservent le droit de retirer à tout moment leur accord pour le traitement des données objets de la présente autorisation, et jouit d'un droit à la portabilité de ces données.

Les responsables légaux susmentionnés sont informés de ce que leur opposition au traitement des données susvisées entraîne l'impossibilité pour les services du Sicoval de rendre à l'utilisateur le service souscrit.

Les responsables légaux susmentionnés sont informés de ce que les données à caractère personnel objets de la présente sont susceptibles d'être communiquées à tout tiers exerçant des activités dans le domaine de l'enfance (notamment protection de l'enfance, contrôle sanitaire) ainsi qu'aux autres services et aux partenaires communaux du Sicoval assurant des missions d'accueil connexes.

Toute opposition et toute demande d'accès, effacement, portabilité, ainsi que tout retrait du consentement au traitement des données objets de la présente doit être présentée au Délégué à la protection des données du Sicoval :

Vanessa MORALES SAINT-SERNIN

Tél. : 05 62 24 09 05 - vanessa.morales@sicoval.fr

Toute autre réclamation est à formuler auprès de monsieur le Président du Sicoval en sa qualité de responsable des traitements. Je suis informé de ce que les traitements des données personnelles me concernant, recueillies sur le fondement et au moyen de la présente, font l'objet des déclarations requises par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 pour leur existence.