

DOSSIER D'INSCRIPTION

2023/2024

Adhésion
annuelle :

L'Enfant

garçon fille

Nom et prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse complète :

.....

Le Responsable légal

Responsable 1 :

N° tel: N° tel (pro):

Adresse mail :

Numéro allocataire CAF ou MSA :

Montant quotient :

Responsable 2 :

N° tel: N° tel (pro):

Adresse mail :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Tél :

AUTORISATIONS

➤ J'autorise la commune du Bono à filmer, à photographier mon enfant lors d'activités et à publier ces images, exclusivement sur des supports de communications et d'informations. OUI NON

➤ A rentrer seul(e) après les activités OUI NON

Remplir la fiche sanitaire de liaison ci-jointe

Je soussigné(e)

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.
- M'engage à prévenir l'organisateur de tout changement concernant la situation familiale ou problème de santé de l'enfant.
- Certifie que mon enfant est apte physiquement à pratiquer toutes les activités sportives pour lesquelles il est inscrit.
- M'engage à ce que mon enfant ait une tenue adaptée à la pratique des activités pour lesquelles il est inscrit.

Fait à Le

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
GARÇON <input type="checkbox"/>		FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

<p>ALLERGIE ou AUTRE : _____ Conduite à tenir en cas d'allergie : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé avec pour seule utilisation la gestion des dossiers usagers en lien avec les activités enfance-jeunesse de la commune. Les données collectées sont traitées par les services municipaux habilités et conservées dans le cadre d'une durée réglementaire. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de la commune : dpo@lebono.fr. Si vous estimez, après avoir contactés la commune, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.