



FICHE FAMILLE

ACCUEIL PERISCOLAIRE – ACCUEIL DE LOISIRS

Valable pour la saison 2026.2027

Nom de l'Enfant :

Date de Naissance : ... / ... /

Prénom de l'Enfant :

Sexe : F o M o

Adresse :

CP :

.....

Commune :

Nom et Adresse des responsables légaux

Responsable 1 : O Mère O Père O Tuteur Légal

Nom - Prénom :

Adresse :

Cpostal : Ville :

Profession :

Employeur :

Tél fixe : / / / /

Port : / / / /

Tél travail : / / / /

Mail :@.....

Responsable 2 : O Mère O Père O Tuteur Légal

Nom - Prénom :

Adresse :

Cpostal : Ville :

Profession :

Employeur :

Tél fixe : / / / /

Port : / / / /

Tél travail : / / / /

Mail :@.....

Si parents séparés : Garde alternée oui ☐ non ☐

Famille d'accueil :

Nom - Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Régime

O CAF Numéro.....

O MSA Numéro

Date : / /

Signature(s)

École :

Année Scolaire	Classe	Adhésion	
		Individuelle (12,00€)	Familiale (20,00€)
		☐	☐

Autorisations

Personnes à prévenir en cas d'urgence (si vous n'êtes pas joignables) :

Nom – Prénom :

Tél 1 : Tél 2 :

Nom – Prénom :

Tél 1 : Tél 2 :

Nom – Prénom :

Tél 1 : Tél 2 :

	OUI	NON
- L' enfant participera aux sorties proposées dans le cadre de l'accueil de Loisirs	☐	☐
- Le CSCM, dans le cadre de sa communication interne et externe peut diffuser les photos prises lors des activités sur lesquelles peut figurer votre enfant.	☐	☐
- L'enfant est autorisé à rentrer seul à la fin des activités (si oui, merci de fournir une attestation)	☐	☐
- Le CSCM est autorisé à utiliser votre numéro d'allocataire CAF pour consulter le service qui délivre le montant de votre quotient familial pour définir vos tarifs (pour les ressortissants MSA - merci de nous fournir l'attestation que vous recevez en début d'année civile)	☐	☐
- Le CSCM est autorisé à utiliser mon adresse mail pour m'envoyer la newsletter et/ou les programmes d'accueil de loisirs	☐	☐

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prévenir les parents le plus rapidement possible. En cas de nécessité ou sur orientation des services de secours le centre pourra être amené à conduire l'enfant au service d'urgence le plus proche

Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**

☐ ☐

Nous autorisons le Centre, **en cas d'indisponibilité absolue des deux parents**, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé.

☐ ☐

Fait à : Le :
Signature précédée de la mention « lu et approuvée »

FONCTIONNEMENT DES ACCUEILS PÉRISCOLAIRES ET LOISIRS DU CSC DU MARAIS

1- TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Pour nous conformer à la réglementation en vigueur en matière d'accueil de mineur, nous demandons aux parents de bien vouloir remplir cette fiche de renseignements et de nous fournir un certain nombre de données personnelles et confidentielles.

Ces informations permettent :

- de vous contacter en cas d'urgence dans le cadre d'activités périscolaires et extrascolaires
- de connaître les détails utiles sur la santé de votre enfant (allergies, traitements...)
- d'assurer la gestion administrative de votre dossier : facturation et aide aux vacances/loisirs

En raison de leur caractère confidentiel, les documents sont conservés sous clé et consultables par le personnel d'encadrement habilité et le personnel administratif.

Les informations ainsi recueillies peuvent être exploitées à toutes fins utiles :

- dans le cadre de bilan d'activité ou de statistiques pour les institutions qui soutiennent le CSC (CAF, MSA, Municipalités...)
- dans le cadre de communications ciblées sur les actions du centre (essentiellement par mail)

Les modalités d'accès, de correction et d'effacement concernant vos données personnelles :

De manière générale, l'inscription à une association culturelle ou à un centre de loisirs est valable un an. Les documents sont utilisés le temps de l'inscription de l'enfant à une activité du CSCM puis archivés 3 ans avant d'être détruits.

Vous pouvez consulter les informations vous concernant au CSC du Marais sur simple demande au secrétariat. Vous avez également la possibilité de supprimer ces données au-delà du délai d'inscription de votre enfant sur une activité

2- L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE : 7h30 - 8h45 et 16h30 - 18h30

La facturation de l'accueil périscolaire est effectuée en fin de mois sur la base des présences relevées par l'équipe d'encadrement. Les tarifs appliqués tiennent compte du quotient familial des familles pour les ressortissants CAF ou MSA. Le prix indiqué est forfaitaire à la séance (matin ou soir) quelque soit le temps d'accueil des enfants. Les parents peuvent venir chercher leurs enfants à partir de 17h le soir.

3- L'ACCUEIL DE LOISIRS

Les mercredis : Les programmes des mercredis paraissent entre chaque période de vacances scolaires. Pour les personnes qui en font la demande, le CSC du Marais fait parvenir par mail le programme dès sa parution pour vous permettre de procéder à l'inscription de vos enfants au plus vite. Les documents sont également disponibles sur le site du CSCM : <http://lemarais.csc79.org>.

Pour les enfants de Magné : le repas à la cantine se fait dans le prolongement de leur matinée d'école et les repas sont comptabilisés sur la facture mensuelle de cantine. Ils sont ensuite emmenés en bus ou minibus à Coulon.

Pour les enfants de Coulon : l'accueil est proposé dès le matin et les réservations se font à la carte (matin/après-midi (avec ou sans repas) ou journée complète).

Les activités se déroulent de 9h30 à 11h30 et de 13h30 à 17h. (temps d'accueil : 7h30/9h30 - 16h30/18h30)

Sur les temps d'accueil de loisirs, l'enfant doit apporter une brosse à dent et une tenue de rechange.

Les vacances : Les formalités d'inscription sont les mêmes pour les vacances que pour les mercredis. La réservation est possible à la journée.

Nom : Prénom : Date:

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT LE JEUNE.

2 – VACCINATIONS (joindre la copie des pages de vaccination du carnet de santé du jeune).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG :			Vaccination non obligatoire depuis le décret n° 2007-1111 du 17/07/2007		

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

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant présente-t-il un handicap ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, merci de fournir le justificatif AEEH

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐ AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN
TRAITANT**

**NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ
SOCIALE**

N° de Sécurité Sociale :

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

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

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père (titulaire de l'autorité parentale) :

Nom

Prénom.....

Portable.....

Téléphone domicile :

Téléphone bureau :

Adresse :

.....

.....

.....

Mail.....

Mère (titulaire de l'autorité parentale) :

Nom

Prénom.....

Portable.....

Téléphone domicile :

Téléphone bureau :

Adresse :

.....

.....

.....

Mail.....

En cas de garde alternée, veuillez préciser le nom du parent responsable de la garde pendant la durée de l'inscription.....

.....
.....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....
.....

6 – AUTORISATION

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

- ☐ Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**
- ☐ Nous autorisons le Centre, **en cas d'indisponibilité absolue des deux parents**, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé.

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à le/...../..... Signature des parents :