



FICHE de RENSEIGNEMENTS

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle
Archivée durant 3 ans mais qui nécessite un renouvellement annuel

Année 2024-2025

NOM

PRENOM

J'autorise l'administration de l'association des Francas des Pyrénées-Orientales à transmettre si nécessaire dans le cadre de ses activités le dossier à :

- UN ACCUEIL DE LOISIRS FRANCAS UNE ÉCOLE DE LA COMMUNE
- LE RESTAURANT PÉRISCOLAIRE DE LA COMMUNE

PIÈCES A JOINDRE

Les documents doivent être visés par la structure NE PAS COCHER

- Fiche sanitaire dûment complétée et signée
- Attestation de vaccinations d'un médecin précisant que l'enfant est à jours
- Attestation d'assurance responsabilité civile (périscolaire, extrascolaire)
- Autorisation images/ voix/productions : captation, représentations, reproductions et publications

Si non autorisation de consultation QF : Attestation de Quotient Familial de moins de 3 mois

Si jugement : copie de la décision du juge aux affaires familiales et/ou du juge des enfants

Si PAI : Document de Projet d'Accueil Individualisé qui précise ses besoins thérapeutiques

Si suivi complémentaire : justificatif précisant pour l'enfant une entrée dans un parcours Bilan/Intervention précoce ; une prise en charge globale thérapeutique, éducative ou rééducative (PCO, PMI, CAMSP, PDPC, CMP, CMPP, CATT, Hôpital de jour)

Si PPS : Notification CDAPH – Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées et précisant une orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP) ou avis favorable pour l'intervention d'un-e AESH y compris temps méridien.

Si AEEH : Notification précisant l'ouverture des droits à l'AEEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)



Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.

avec Les **enfants**
et Les **jeunes**
ensemble
pour l'**éducation** !
> les francas



santé
famille
retraite
services



RESPONSABLE(S) Renseigner les éléments ci-dessous et cocher la case En cas de : divorce, séparation des parents, de délégation à un tuteur/tutrice, merci de fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités de l'autorité parentale

En qualité de Mère Père Tuteur/Tutrice

N° Allocataire

CAF MSA Autres.....

Nom

Prénom

Adresse

Commune

Tél

Préciser votre email si vous souhaitez recevoir vos factures et durant l'année en cours des informations concernant la structure et l'association

Email

Profession pour valorisation et échanges de savoir-faire (facultatif) et à des fins statistiques pour l'Education Nationale

Profession

En qualité de Mère Père Tuteur/Tutrice

N° Allocataire *si différent*

CAF MSA Autres.....

Nom

Prénom

Adresse *si différente*

Commune

Tél

Préciser votre email si vous souhaitez recevoir vos factures et durant l'année en cours des informations concernant la structure et l'association

Email

Profession pour valorisation et échanges de savoir-faire (facultatif) et à des fins statistiques pour l'Education Nationale

Profession

AUTRES ADULTES A CONTACTER renseigner si nécessaire les éléments ci-dessous plusieurs choix de cases possibles En complément des responsables légaux dûment habilités qui sont priorités

En cas d'urgence	Autoriser à Récupérer l'enfant	Nom – Prénom	Téléphone	Téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATION DES RESPONSABLES cocher la case et renseigner si nécessaire

Consulter mon quotient familial (QF) pour ajuster la tarification applicable

L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisés par la structure

L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités

Laisser l'enfant quitter seul la structure à : heures

L'enfant pourra être récupéré par un-e mineur-e nommé-e :

selon les modalités définies avec la direction en référence au règlement intérieur.

Autorise	N'autorise pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRATRIE cocher la case et renseigner si nécessaire les éléments ci-dessous (frères et sœurs)

La fratrie est-elle inscrite dans la structure ? non concerné non oui

Si Oui - Nom(s), Prénom(s) :

.....

.....

Renseigner les éléments ci-dessous et cocher la case

ENFANT/ADOLESCENT-E

Genre

Féminin

Masculin

Non-binaire

Nom Prénom

Date et lieu de Naissance Âge

LIEU DE VIE Plusieurs choix de cases possibles si garde alternée, vacance en famille élargie...

Parental Maternel Paternel Tuteur/Tutrice Ass. Familial-e Institut MECS Autres

Préciser ci-dessous si l'adresse du lieu de vie est différente de celle du/des responsables légaux.

Nom – Prénom Tél Tél

Adresse

ACTIVITÉ EN VIE COLLECTIVE plusieurs choix de cases possibles permettant d'améliorer le 1^{er} accueil et de contribuer l'analyse d'éléments.

Aucune Ass. Maternel-le MAM RAM Micro-crèche/ Multi accueil Asso./Club
 Garderie Scolaire Centre de Loisirs (péri-extrascolaire) Séjours avec nuitée Ne souhaite pas répondre

SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments

Classe

École Maternelle École Élémentaire Collège Institution (IME ITEP, IEM, IES...) A Domicile

Nom de l'École ou de l'Institution

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ? cocher la case correspondante.

Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non Oui Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.

A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Individualisé (PAI), autres...

Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser

SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jours) cocher la case correspondante.

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

Non Oui Ne souhaite pas répondre

BÉNÉFICIAIRE DE L'AE EH cocher la case correspondante.

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

Non Oui Ne souhaite pas répondre

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT Renseigner les éléments si nécessaire

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné-e, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure. Ces informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le logiciel utilisé par la structure dans le but de suivi/contrôle. Elles seront conservées pendant trois ans.

Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant l'enfant (santé, scolarisation, lieu de vie, assurance...) **ou du/des responsables** (coordonnées, modalités d'autorité parentale...). Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le directeur·trice et/ou le coordinatrice·eur.

Chaque responsable légal est notamment informé que conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations qu'il communique par le biais de ce formulaire est nécessaires pour répondre à sa demande et sont destinées au directeur·trice et/ou coordinatrice·teur, en tant que responsable du traitement à des fins de gestion administrative des services utilisés.

A

le.....

Signature du/des responsable(s)



Dossier COMPLET et signé à retourner
Accompagné de la FICHE DE RESERVATION

Les responsables des Centres de Loisirs Éducatif (CLÉ) sont à votre disposition



Peyrestortes - Baixas – Calce (CLÉ périscolaire – CLÉ extrascolaire)

 **06 10 98 07 37**  enfance.pbc@francas66.fr

Baixas - Calce (CLÉ périscolaire – CLÉ adolescents-es)

 **06 19 74 37 87**  jeunesse.baixas@francas66.fr
enfance-adj.baixas@francas66.fr

Peyrestortes (CLÉ adolescents-es – Point Jeunes)

 **06 02 05 54 64**  jeunesse.peyrestortes@francas66.fr