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 2025-2026

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** dument 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 ☐
- **Photocopie de l'extrait de naissance ou du livret de famille** (pages justifiant de l'autorité parentale) ☐
- **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 thérapeuthique, éducative ou rééducative (PCO, PMI, CAMSP, PDPC, CMP, CMPP, CATTP, HDJ Hopital de jour) ☐
- **Si PPS** : Notification CDAPH – Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées et précisant une orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP, DITEP, DAME, DIME, DIEM) ou avis favorable pour l'intervention d'un·e AESH. ☐
- **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

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 **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 **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 priorisés

En cas d'urgence	Autoriser à Récupérer l'enfant	Nom – Prénom	Téléphone	Téléphone
☐	☐	.....	.....	.....
☐	☐	.....	.....	.....
☐	☐	.....	.....	.....
☐	☐	.....	.....	.....
☐	☐	.....	.....	.....
☐	☐	.....	.....	.....

AUTORISATION DES RESPONSABLES *cocher la case et renseigner si nécessaire*

	Autorise	N'autorise pas
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.	☐	☐

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 1er 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 Elémentaire ☐ 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 : GEVA-sco, 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 ☐ Demande en cours ☐ 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 Indiviudalisé (PAI), autres…

☐ Aucun ☐ Allergie ☐ Autres troubles de santé ☐ Autres *Préciser* .....

SUIVI COMPLÉMENTAIRE (PCO, CAMSP, CMP, CMPP, HDJ 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 permet l'octroi d'un financement « complément inclusif) pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

☐ Non ☐ Oui ☐ Demande en cours ☐ 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

Baixas - Calce (CLÉ périscolaire – CLÉ extrascolaire)
06 19 74 37 87 enfance.baixas@francas66.fr

Baixas - Calce (CLÉ adolescents·es – Point Jeunes)
06 19 74 37 87 jeunesse.baixas@francas66.fr

Peyrestortes (CLÉ périscolaire – CLÉ extrascolaire)
06 10 98 07 37 enfance.peyrestortes@francas66.fr

Peyrestortes (CLÉ adolescents·es – Point Jeunes)
06 02 05 54 64 jeunesse.peyrestortes@francas66.fr

Association Départementale
des Francas des Pyrénées-Orientales
nationale,
3 avenue de Belfort, 66000 PERPIGNAN
☎ 04 68 54 60 44
asso.educpop@francas66.fr

Membre de la Fédération Nationale des Francas, Fédération Nationale laïque de structures et d'activités éducatives, sociales et culturelles.
Reconnue d'utilité publique.
Siret n° 775 640 287 00105

Complémentaire de l'enseignement public et agréée par les Ministères de l'éducation de la jeunesse et de la vie associative.
Site - **www.francas66.fr**
francaspo francas66