



## FICHE **A**

### Fiche familiale Accueil de Loisirs Jeunes

Jeunes nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2010

Année 2023

**À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE**

#### SERVICE DE L'ENFANCE

Dossier suivi par : Amélie Ponchel

☎ 03 28 82 91 60 | enfance@sequedin.fr

Allocataire CAF : Nom : .....

N° allocataire : .....

### 1 | Les représentants légaux

---

#### **Représentant légal 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Portable : ..... Bureau : .....

Courriel : .....

#### **Représentant légal 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Portable : ..... Bureau : .....

Courriel : .....

### 2 | Les adolescents

---

#### **Adolescent 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....

Portable : ..... Courriel : .....

Repas particulier :       Panier repas PAI       Sans porc       Sans viande

#### **Adolescent 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....

Portable : ..... Courriel : .....

Repas particulier :       Panier repas PAI       Sans porc       Sans viande

#### **Adolescent 3 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....

Portable : ..... Courriel : .....

Repas particulier :       Panier repas PAI       Sans porc       Sans viande

Je consens / nous consentons à ce que ces données soient traitées par le *service Enfance* de la ville de Sequedin.

Au regard du Règlement général sur la protection des données (RGPD du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018) ; les informations recueillies dans ce formulaire sont collectées par la mairie de Sequedin pour la mise en œuvre des activités extrascolaires jeunes.

Ces données font l'objet d'un traitement informatique. Elles sont conservées 2 ans (papier), augmenté de 3 ans (numérisées) pour les contrôles de la CAF.

Vous disposez sur les données collectées au titre du présent formulaire d'un droit d'accès, de rectification, d'un droit à la limitation, d'un droit d'opposition et d'un droit d'effacement. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données de votre commune par mail [dpd-mutualises@lillemetropole.fr](mailto:dpd-mutualises@lillemetropole.fr) ou par voie postale à l'adresse suivante : Métropole Européenne de Lille – Direction MODOP- Service « Données - RGPD mutualisé » 2 boulevard des Cités Unies CS 70043 59040 LILLE CEDEX.

Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL via leur site internet [CNIL](http://www.cnil.fr).

Les représentants légaux s'engagent par ailleurs à communiquer à la Commune, sans délai, toute modification sur la situation en lien avec les fiches (A, B et C).

Les représentants légaux certifient l'exactitude des renseignements fournis et nous engageons à informer le service de l'enfance des éventuelles modifications de situation.

Date : ..... / ..... / .....

Signatures :

Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 :
------------------------	------------------------

Documents administratifs à rendre dument complétés au service Enfance :

- Fiche A (une par famille)
- Fiche B (une par adolescent)
- Fiche C (une par adolescent)

Documents administratifs à donner au service Enfance :

- Copie des pages du carnet de vaccination (une par adolescent)
- Attestation d'assurance en responsabilité civile valable pour l'année 2023
- Attestation de la carte Vitale
- Brevet de natation (50 m) (un par adolescent)



**FICHE B**  
**Fiche individuelle d'autorisations**  
**Accueil de Loisirs Jeunes**  
**Année 2023**

**À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE**

Nom et prénom de l'adolescent : .....

Date de naissance de l'adolescent : ..... / ..... / 20.....

Repas particulier :       Panier repas PAI       Sans porc       Sans viande

Nous soussignés, représentants légaux, .....,  
de l'enfant indiqué ci-dessus, autorisons :

1. le personnel de la structure d'accueil (accueil de loisirs jeunes) à prendre des photos ou des vidéos de mon adolescent pouvant servir à la **réalisation d'activités, expositions ou projection de films** dans la **structure d'accueil des adolescents**. .....  Oui  Non  
*Les vidéos et photos sur lesquelles les adolescents sont reconnaissables/identifiables ne sont pas utilisées pour la communication de la commune afin de préserver leur e-réputation (diffusion sur internet, Facebook, etc).*
2. notre adolescent à participer aux déplacements et aux sorties encadrées avec ou sans transport par les agents communaux et / ou le personnel vacataire .....  Oui  Non
3. notre adolescent à participer au temps libre organisé durant les activités de l'accueil de loisirs jeunes..... Oui  Non
4. notre adolescent à repartir seul après les activités de l'accueil de loisirs jeunes  Oui  Non
5. les personnes à prévenir en cas d'urgence (si différentes des représentants légaux) :

M. et/ou M <sup>me</sup>	Numéros de téléphone
	Tel 1 : ..... Tel 2 : .....
	Tel 1 : ..... Tel 2 : .....
	Tel 1 : ..... Tel 2 : .....

Nous certifions l'exactitude des renseignements fournis et nous nous engageons à prévenir :

La directrice ou le directeur de l'accueil de loisirs jeunes, au 06-66-51-16-08

Ou

Le service enfance de la mairie, au 03-28-82-91-60 ou enfance@sequedin.fr

Dans le cas où notre adolescent ne serait pas présent à l'accueil de loisirs jeunes.

Date : ..... / ..... / 20.....	Signatures :	Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 :
Adolescent 1 :	Adolescent 2 :	Adolescent 3 :	



FICHE **C**

**Fiche individuelle de santé**  
Accueil de Loisirs Jeunes  
Année 2023

À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE

## 1 | Vaccinations

Nous soussignés, représentants légaux de ..... ,  
parents de l'adolescent indiqué ci-dessus, certifions que ses vaccins sont à jour.

Le calendrier des vaccinations 2023 est disponible sur le site du ministère de la Santé :

[www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html](http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html). Vous devez présenter les pages vaccination de son carnet de santé ou tout document du professionnel de santé attestant la réalisation de ces vaccins.

**Photocopies du carnet de vaccination à joindre à cette fiche.**

## 2 | Renseignements médicaux

L'adolescent suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, veuillez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'adolescent avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

### Allergies :

Protocole d'accueil individualisé (PAI) alimentaire .....  Oui  Non

Protocole d'accueil individualisé (PAI) autre.....  Oui  Non

Asthme.....  Oui  Non

Médicamenteuses .....  Oui  Non

Alimentaires.....  Oui  Non

Autres : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....  
.....

### Difficultés de santé :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (exemple : maladie chronique nécessitant une attention particulière, crises convulsives, etc.) en précisant les précautions à prendre :

.....  
.....

### Recommandations utiles des responsables :

Votre adolescent porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou autre(s) ?.....  Oui  Non

Si oui, merci de préciser : .....

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

### 3 | Représentants légaux de l'adolescent

---

#### **Représentant légal 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Portable : ..... Bureau : .....

#### **Représentant légal 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Portable : ..... Bureau : .....

Nous soussignés, représentants légaux notre adolescent, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons la prise en charge de l'adolescent par les services des pompiers ou SAMU qui prennent, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de notre adolescent.

Nous nous engageons par ailleurs à communiquer à la Commune, sans délai, toute modification sur la situation de notre enfant en lien avec cette fiche individuelle de santé.

Date : ..... / ..... / .....

Signatures :

Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 :
------------------------	------------------------