



# Fiche familiale

## Année scolaire 2024–2025

**À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLETEE (En format papier uniquement)**  
**(Nous vous conseillons de garder un scan ou copies des documents pour le renouvellement pour l'année 2025-2026)**

SERVICE DE L'ENFANCE

Dossier suivi par : Amélie Ponchel ☎ 03 28 82 91 60 | [enfance@sequedin.fr](mailto:enfance@sequedin.fr)

Allocataire CAF : Nom : ..... N° allocataire : .....

### 1 | Les représentants légaux

#### **Représentant légal 1 : (titulaire par son adresse mail de l'identifiant de l'espace famille)**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Portable : | | | | | | | | | | | | | | | | Bureau : | | | | | | | | | | | | | | | |  
Courriel ..... (écrire lisiblement s'il vous plaît)

#### **Représentant légal 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Portable : | | | | | | | | | | | | | | | | Bureau : | | | | | | | | | | | | | | | |  
Courriel ..... (écrire lisiblement s'il vous plaît)

### 2 | Les enfants (de 2 à 12 ans)

#### **1<sup>er</sup> Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....  
Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande  
 PAI (médicamenteux)

#### **2<sup>ème</sup> Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....  
Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande  
 PAI (médicamenteux)

#### **3<sup>ème</sup> Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....  
Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande  
 PAI (médicamenteux)

### 3 | Les adolescents (de 13 à 17 ans)

---

#### **1<sup>er</sup> Adolescent :**

Nom : ..... Prénom : .....

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

Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |

Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande  
 PAI (médicamenteux)

#### **2<sup>ème</sup> Adolescent :**

Nom : ..... Prénom : .....

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

Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |

Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande  
 PAI (médicamenteux)

### **| Les protections des données**

---

Je consens / nous consentons à ce que ces données soient traitées par le *service Enfance* de la ville de Sequedin. Avoir pris connaissance du livret d'accueil, des indications, des consignes, des tarifs, des modalités de réservation-paiement pour les activités municipales.

Les représentants légaux sont tenus d'informer les personnes autorisées à reprendre leur(s) enfant(s) dans les structures municipales de leurs droits au regard RGPD (informations ci-dessous).

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 périscolaires, extrascolaires et adolescents.

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 (Familiale, A, B, C et D).

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 :
------------------------	------------------------



**FICHE C**

**Fiche individuelle d'autorisations**  
**Accueil de Loisirs Jeunes de 13 à 17 ans**  
**Adolescent Sequedinois Année 2024 - 2025**

**À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE (En format papier uniquement)**

(Nous vous conseillons de garder un scan ou copies des documents pour le renouvellement pour l'année 2025-2026)

Nom et prénom de l'adolescent : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 20.....      Portable : | | | | | | | | | | | | | | | |

Repas particulier :  Panier repas (PAI Alimentaire)       Sans porc       Sans viande

PAI (alimentaire) :      Date de la mise en place : ..... / ..... / 20..... - Date de l'avenant : ..... / ..... / 20.....

PAI (médicamenteux) : Date de la mise en place : ..... / ..... / 20..... - Date de l'avenant : ..... / ..... / 20.....

Nous soussignés, représentants légaux, .....,  
de l'adolescent 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**.  
*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) .....*       Oui       Non
2. notre adolescent à participer aux déplacements et aux sorties encadrées avec ou sans transport par les agents communaux et / ou le personnel vacataire .....
3. notre adolescent à participer au temps libre organisé durant les activités de l'accueil de loisirs jeunes en autonomie, hors des locaux municipaux.....
4. notre adolescent à repartir seul après les activités de l'accueil de loisirs jeunes
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 07-48-93-09-80

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 : ..... / ..... / .....      Signatures :

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



## FICHE **D**

# Fiche individuelle de santé Accueil de Loisirs Jeunes Année 2024 - 2025

**À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE (En format papier uniquement)**

**(Nous vous conseillons de garder un scan ou copies des documents pour le renouvellement pour l'année 2025-2026)**

## 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 2024 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  Ci-joint

Protocole d'accueil individualisé (PAI) asthme ou autre .....  Oui  Non  Ci-joint

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 : .....

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

