



# 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 cadre de ses activités le dossier à :	des Pyrénées-Orientales à transmettre si nécessaire da
UN ACCUEIL DE LOISIRS FRANCAS	UNE ÉCOLE DE LA COMMUNE
LE RESTAURANT PERISCOLAIRE DE LA COMMUN	E
PIÈCES	S A JOINDRE
Les documents doivent être vi	isés par la structure NE PAS COCHER
- Fiche sanitaire dument complétée et signée	
- Attestation de vaccinations d'un médecin précisant que l'e	enfant est à jours  extrascolaire)
- Attestation d'assurance responsabilité civile (périscolaire,	extrascolaire)
- Autorisation images/ voix/productions : captation, représ	
Si non autorisation de consultation QF : Attestation de Qu	
Si jugement : copie de la décision du juge aux affaires familia	ales et/ou du juge des enfants
Si PAI : Document de Projet d'Accueil Individualisé qui précis	se ses besoins thérapeutiques
Si suivi complémentaire : justificatif précisant pour l'enfant u une prise en charge globale thérapeuthique, éducative ou réé Hopital de jour)	une entrée dans un parcours Bilan/Intervention précoce ; Éducative (PCO, PMI, CAMSP, PDPC, CMP, CMPP, CATTP
Si PPS: Notification CDAPH – Commission des Droits à l'Au orientation (SESSAD, SEA, SEV, SEM, SAFEP) ou avis favo temps méridien.	
Si AEEH: Notification précisant l'ouverture des droits à l'AE	EH (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.







En quali	ité de 🧼 Mère	Père Tuteur/Tutrice	En qualité de	Mère	Père	Tuteur/Tut
Nº Allo	cataire	are a month of the state of the	N° Allocataire s	i différent		**************************************
CA	F MSA	Autres	CAF	MSA	Autr	es
Nom	absorption.	**************************************	Nom			
Prénon	n		Prénom			
Adress	e		Adresse si différe	nte		
Commi	une		Commune			
Tél		Tél	Tél		Tél	
		uhaitez recevoir vos factures et durant ons concernant la structure et l'association				oir vos factures et durai nt la structure et l'assoc
	itiques pour l'Education	échanges de savoir-faire (facultatif) et à des on Nationale	Profession pour valo des fins statistiques <b>Profession</b>			s savoir-faire (facultatif) ( ale
		CONTACTER renseigner si nécessaire sables légaux dûment habilités qui sont		ous plusiet	ırs choix d	le cases possibles
urgence	Récupérer l'enfa	nt Nom – Prénom	Téléphone		Télé	éphone
record.			***************************************	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	****	***************************************
Tog storated		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			****	
			***************************************			
				*********		***************************************
	Parties		***************************************			****************
	nepropers/26					
		***************************************	************************			
**************************************	- Control		***************************************			
AUTOF	RISATION DES R	ESPONSABLES cocher la case et re	enseigner si nécessair	re i	Autorise	N'autorise pas
				re i	Autorise	N'autorise pas
Consul	Iter mon quotien	ESPONSABLES cocher la case et re	ation applicable		Autorise	N'autorise pas
Consul L'enfan	Iter mon quotien	ESPONSABLES cocher la case et re t familial (QF) pour ajuster la tarifica	ation applicable organisés par la stru	cture	Autorise	N'autorise pas
Consul L'enfan L'enfan	<b>Iter mon quotien</b> t pourra participe t pourra utiliser le	ESPONSABLES cocher la case et re t familial (QF) pour ajuster la tarifica r aux différentes activités et sorties c	ation applicable organisés par la stru s le cadre des activit	cture tés	Autorise	N'autorise pas
Consul L'enfan L'enfan Laisser	Iter mon quotien t pourra participe t pourra utiliser le	ESPONSABLES cocher la case et re t familial (QF) pour ajuster la tarifica r aux différentes activités et sorties d es moyens de transports prévus dans	ation applicable organisés par la stru s le cadre des activit	cture tés eures	Autorise	N'autorise pas
Consul L'enfan L'enfan Laisser L'enfan	Iter mon quotien  t pourra participe  t pourra utiliser le  l'enfant quitter se  t pourra être récu	EESPONSABLES cocher la case et re et familial (QF) pour ajuster la tarifica r aux différentes activités et sorties d es moyens de transports prévus dans eul la structure à :	ation applicable organisés par la stru s le cadre des activit	cture tés eures	Autorise	N'autorise pas
Consul L'enfan L'enfan Laisser L'enfan selon le	Iter mon quotien It pourra participe It pourra utiliser le I'enfant quitter se It pourra être récu	ESPONSABLES cocher la case et re It familial (QF) pour ajuster la tarifica r aux différentes activités et sorties d es moyens de transports prévus dans eul la structure à :	ation applicable organisés par la stru s le cadre des activithe	cture tés eures	Autorise	N'autorise pas
Consul L'enfan L'enfan Laisser L'enfan selon le	Iter mon quotien It pourra participe It pourra utiliser le I'enfant quitter se It pourra être récu es modalités défin	ESPONSABLES cocher la case et rent familial (QF) pour ajuster la tarificat aux différentes activités et sorties des moyens de transports prévus dans leul la structure à :	ation applicable organisés par la stru s le cadre des activithe	cture tés eures 	Autorise	N'autorise pas

,....

Date et lieu de Naissance  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 Autre  Préciser ci-dessous si l'adresse du lieu de vie est différente de celle du/des responsables légaux.  Nom – Prénom  Tél	Renseigner le.  ENFANT/AD				Genre	Féminii	ı ]	Masculin	١ (	Von-binaire	
LIEU DE VIE Plusieurs choix de cases possibles si garde alternée, vacance an familie étergie  Parental Maternel Paternel Tuteur/Tutrice Ass. Familial-e Institut MECS Autre Préciser ci-clessous si l'adresse du lieu de vie est différente de celle duides responsables légeux.  Nom – Prénom  Adresse  ACTIVITÉ EN VIE COLLECTIVE plusieurs choix de cases possibles permettant d'amalitique le 1" accueil et de contribuer l'anelyse d'été 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 répo  SCOLARISATION cochrer une case di dessous of ranseigner les éléments Classe  Ecole auternate École pure value (Collège Institution num ripper Mers) 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 - DUIS - matériel adapté  Paur garantir la qualité de facusé une rencontre vous sara procede pour prundre en cample si inécassaire les becoins particuliers de voire enfant.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.  Autres Préciser  Autres Préciser  Autres Préciser  Autres Préciser  SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Höpital de jours) cocher la case correspondante.  Autres Préciser  Autres Préciser  BENÉFICIAIRE DE L'AEEH cocher le case correspondante.  Non Oui Ne souhaite pas répondre	Nom		entaniana kapanda neg			Préi	ıom				
Parental Maternel Paternel Tuteur/Tutrice Ass. Familial   Institut MECS Autre Préciser ct-dessous si l'adresse du lieu de vie est différente de cebe duides responsables légaux.  Nom - Prénom Adresse  ACTIVITÉ EN VIE COLLECTIVE plusieurs choix de cases possibles permettent d'améliorer le 1° eccueil et de conhibuer l'analyse d'élé 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 répo  SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments Classe  Ecole maternelle 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 sers proposés pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.  Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser  Aucun Allergie Autres froubles de santé Autres Préciser.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  BENÉFICIAIRE DE L'AEEH cocher le case correspondante.  Ne souhaite pas répondre  BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH cocher le case correspondante.  BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH cocher le case correspondante.	Date et lieu	de Naiss	ance						Âge		
Nom – Prénom Adresse  ACTIVITÉ EN VIE COLLECTIVE plusieurs choix de cases possibles permettant d'améliorer le 1º accueil et de confribuer l'enalyse d'élé 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 répo  SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments Classe  Ecole sistemaile École sistematier Collège Institution (ME ITEP.EM.ES) A Domicile  Nom de l'École ou de l'Institution L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) 2 cocher la case correspondante. Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté Pour gerantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sares 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. Aucun Allergie Autres troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil indivindalisé (PAD, autres Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser  SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hópital de jours) cocher la case correspondante. Pour gerantir la quellé de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins perficuliers de votre enfant. Non Oui Ne souhaite pas répondre	LIEU DE VIE	Plusieu	<b>rs</b> choix de c	cases possit	oles si garde alte	ernée, vacance	en famille él	argie			
ACTIVITÉ EN VIE COLLECTIVE plusieurs choix de cases possibles permettent d'améliorer le 1º accueil et de contribuer l'anelyse d'élé  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 répo  SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments Classe  École reterraite École cou de l'Institution  L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ? cocher la case correspondante.  L'en P.P. S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté  Pur grantir la quellé de l'accueit une rencontre vous sara proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins perticuliers de votre enfant.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.  A défailler d'airs la facte senitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Indiviadelizé (PAI), autres  Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH cocher la case correspondante.  Ne souhaite pas répondre	Parental	Maf	ternel	Paternel	Tute	eur/Tutrice	Ass. I	-amilial-e	Instit	ut MECS	Autres
ACTIVITÉ EN VIE COLLECTIVE plusieurs choix de cases possibles permettent d'améliorer le 1º accueil et de contribuer l'anelyse d'élé  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 répo  SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments Classe  École reterraite École cou de l'Institution  L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ? cocher la case correspondante.  L'en P.P. S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté  Pur grantir la quellé de l'accueit une rencontre vous sara proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins perticuliers de votre enfant.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.  A défailler d'airs la facte senitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Indiviadelizé (PAI), autres  Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH cocher la case correspondante.  Ne souhaite pas répondre	Préciser ci-des	ssous si l'a	dresse du lieu	de vie est diff	érente de celle c	du/des respon	sables légaux		4004	-	
ACTIVITÉ EN VIE COLLECTIVE plusieurs choix de cases possibles permettant d'arméliorer le 1° accueil et de contribuer l'analyse d'été  Aucune Ass. Maternel·le MAM RAM Micro-créche/ Multi accueil Asso./Club  Garderie Scolaire Centre de Loisirs (péri-extrascolaire) Séjours avec nuitée Ne souhaite pas répo  SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseignar les éléments Classe  École Menerelle École Démendaire 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 gerantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en comple si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.  Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser.  SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jours) cocher la case correspondante.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  SUIVI COMPLÉMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jours) cocher la case correspondante.  Non Oui Ne souhaite pas répondre									Tél		
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 répo  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 : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté  Pour gerantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prandre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.  A détailer dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Individuelisé (FAI), autres  Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser	Adresse										
SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les étéments  École Maternelle École de l'Institution L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) 7 cocher la case correspondante. Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - matériel adapté Pour gerantir 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 détailer dans la flohe sanifaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Indiviudalisé (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'AEEH cocher la case correspondante. Processement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut armétire selon les situations l'octroi de financement pour amétire re nompte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.	Aucune	Ass.	Maternel·le	e <b>ј</b> М,	AM RAN	И Micr	o-crèche/ <b>N</b>	/lulti accueil	land A	Asso./Club	
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 détailer dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Indiviudelisé (PAI), autres  Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser	Garderie	Scolaire	Centre	de Loisirs	(péri-extrasc	olaire)	Séjoui	s avec nuite	ée 🦳 l	Ne souhaite	pas répon
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 détailer dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Indiviudelisé (PAI), autres  Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser											
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 détailer dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Indiviudelisé (PAI), autres  Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser	COL ADICA	ATION				.1		*************		1922 1921 1931 1931	
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 perticuliers de votre enfant.  Non Oui Ne souhaite pas répondre  REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.  A détailer 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	·				_			4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	A		
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 détailer 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	ECOIE Mate	ernelle }	<b>ECOIC</b> Elémer	ntaire C	ollege	Institu	ition <i>(ime ite</i>	P,IEM,IES)	P	Domicile	
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 détailer dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Indivindalisé (PAI), autres  Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser	Nom de l'Éc	ole ou de	e l'Institutio	on 🔻			v van de seed				NA ISA
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									rrespond	ante.	
REGIME ALIMENTAIRE cocher la case correspondante.  A détailer 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	•	•	•	•			,		esoins nai	ticuliers de voti	re enfant
A détailer 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		Grandon and					, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		000m,0 pa.	addition do not	o om om.
A détailer 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	' nerve in the	**************************************	<i></i>	reconstitution of the second o							
A détailer 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											
Aucun Allergie Autres troubles de santé Autres Préciser	REGIME ALI	IMENTAL	RE cocher la	a case corre.	spondante.						
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'AEEH 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.	_										
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'AEEH 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.	· Landa Company		, morgio	rensent de	toti oo ti oubit	oo do odine		<b>311 03</b> 7 700/30	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
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'AEEH 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.		***************************************	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,								
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'AEEH 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  BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH 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.		LÉMENT	<b>AIRE</b> (CAM	ISP, CMP, C	:MPP, Hôpital	de jours) coe	her la case	corresponda	nte.		
<b>BÉNÉFICIAIRE DE L'AEEH</b> 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.	SUIVI COMP		"accueil une re	encontre vous	sera proposée p	oour prendre e	n compte si n	écessaire les l	esoins pa	rticuliers de voi	tre enfant.
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.	Pour garantir la	qualité de i	Oui	λ.	In anuhaita a		_				
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.	Pour garantir la	qualité de i	Oui	[ ] <b>)</b>	Ne souhaite p	as répondr	е				
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.	Pour garantir la	a qualité de i	Oui	[ ] I	Ne souhaite p	as répondr	9				
permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.	Pour garantir la	a qualité de l		revanetti			e				
Non Oui Ne souhaite pas repondre	Pour garantir la	RE DE L'	'AEEH coch	er la case co	orrespondante.			ins statistiques	pour la C	4F. Cette valori	isation peut
	Non  BÉNÉFICIAI  Recensement de la commente selon	RE DE L'	<b>'AEEH</b> coch e bénéficiaires as l'octroi de fil	eer la case co de l'Allocation nancement po	orrespondante. n d'Éducation de ur améliorer la p	I l'Enfant Hanc orise en compt	ficapé à des f, e des besoins	ins statistiques particuliers de	pour la C, l'enfant c	AF. Cette valori lans la structure	isation peut e.
	Non  BÉNÉFICIAI  Recensement de la commente selon	RE DE L'	<b>'AEEH</b> coch e bénéficiaires as l'octroi de fil	eer la case co de l'Allocation nancement po	orrespondante. n d'Éducation de ur améliorer la p	I l'Enfant Hanc orise en compt	ficapé à des f, e des besoins	ins statistiques particuliers de	pour la C, l'enfant c	AF. Cette valori lans la structure	isation peut e.
REMARQUES COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT Renseigner les éléments si nécessaire	Pour garantir la Non  BÉNÉFICIAI Recensement de	RE DE L'	<b>'AEEH</b> coch e bénéficiaires as l'octroi de fil	eer la case co de l'Allocation nancement po	orrespondante. n d'Éducation de ur améliorer la p	I l'Enfant Hanc orise en compt	ficapé à des f, e des besoins	ins statistiques particuliers de	pour la C, l'enfant c	AF. Cette valori lans la structure	isation peut ə.
	Pour garantir la Non  BÉNÉFICIAI Recensement de cermettre selon Non	RE DE L' u nombre de les situation	<b>'AEEH</b> coch e bénéficiaires ns l'octroi de fii Oui	ner la case co de l'Allocation nancement po	orrespondante. n d'Éducation de our améliorer la p Ne souhaite p	l l'Enfant Hand prise en compt as répondr	licapé à des f, e des besoins e	: particuliers de	e l'enfant c	lans la structure	isation peut ∍.
	Non  BÉNÉFICIAI Recensement de permettre selon Non	RE DE L' u nombre de les situation	<b>'AEEH</b> coch e bénéficiaires ns l'octroi de fii Oui	ner la case co de l'Allocation nancement po	orrespondante. n d'Éducation de our améliorer la p Ne souhaite p	l l'Enfant Hand prise en compt as répondr	licapé à des f, e des besoins e	: particuliers de	e l'enfant c	lans la structure	isation peut e.

#### 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 respo	nsables des Centres	de Loisirs Éducatif (CLÉ) sont à votre disposition	\
Baho	<b>6</b> 06 20 78 53 44	(CLÉ périscolaire)  enfance.baho@francas66.fr	
Baho	<b>1</b> 06 20 78 53 44	(CLÉ extrascolaire) <u>enfance.baho@francas66.fr</u>	
Baho	<b>1</b> 06 20 78 53 44	(CLÉ adolescents·es – Point jeunes) <u>ieunesse.baho@francas66.fr</u>	



I 'FNFANT

## FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

2024 2025

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle Archivée seulement durant l'année car il nécessite un renouvellement annuel

		_			prom )
Sexe F	éminin Masculin	Genre	Féminin	Masculin	Non-binaire
Nom			1-		
Date de Nais	ssance		Âge		
N° sécurité s	sociale associé à l'enfan	t			
Bénéficiaire	de la Couverture de Mal	ladie Universe	elle (CMU)	non ou	ii
ALLERGIE	Alimentaire	non oui	Laquelle		
	Médicamenteuse	non 🔲 oui	Laquelle		
	Autres	non 🔲 oui	Laquelle		
	à tenir nécessite-t-elle la ueil Individualisé	a mise en plac non oui		établi <i>(document à</i>	fournir)
PATHOLOG	<b>IE</b> (asthme, diabète, épilep	osie)			
***************************************					
	à tenir nécessite-t-elle la ueil Individualisé	a mise en plac non oui		etabli <i>(document à</i>	fournir)
Aucun médic	T MEDICAMENTEUX ament ne pourra être mis dicaments dans leur emballa				
Traitement r	<b>égulier</b> Auc	cun 🗍 Pris	au domicile	A prendre sur la	a structure
Traitement e	en cas de crise (pathologi	ie, allergie)	non	oui	
Si traitemen	t : Joindre l'ordonnance at	fin d'informer le	es secours er	n cas d'urgence.	
L'enfant	s'auto médicamente	Prévoir PAI p	our l'accomp	agner 🔲 PAI de	éjà établi <i>(à fournir)</i>
APPAREILL	AGE COMPENSATOIRE				
Lunette		nèses Auditive	s Prof	thèses Dentaires	
Appareil o	orthopédique 🌅 Faut	euil/Déambula	teur 🔲 Autr	e Lequel	
Précisez des	recommandations si néce	essaire (manipu	lation, rangeme	nt, à retirer selon activi	té) :
				<i>i</i>	
	à tenir nécessite-t-elle la ueil Individualisé	a mise en plac non oui	entropy of the second	établi <i>(document à</i>	fournir)
	FORMATIONS COMPLÉN sujet du comportement de l'ent				
				,	



## FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

2024 2025

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle Archivée seulement durant l'année car il nécessite un renouvellement annuel

MÉDECIN TRAITANT (faculta	atif)	
Nom		Tél
Adresse		
RESPONSABLE(S) En cas de le jugement correspondant afin de	e : divorce, séparation des p prendre connaissance des ,	arents, de délégation à un tuteur/tutrice, merci de fournir modalités de l'autorité parentale.
En qualité de cocher la case		En qualité de cocher la case
Mère Père	Tuteur/Tutrice	Mère Père Tuteur/Tutrice
Nom		Nom
Prénom		Prénom
Adresse		Adresse si différente
Commune		Commune
Tél Té	śl	Tél: Tél:
Autorise N'autoris Le responsable de la structur hospitalisation, intervention o prescriptions du médecin cor	se pas re à prendre, le cas éch chirurgicale) rendues né	éant, toutes mesures (traitement médical, cessaires par l'état de l'enfant suivant les
ATTESTATION SUR L'HON	NEUR	
Je soussigné·e, responsab cette fiche, et avoir fourni I à jours ainsi que le cas échéa	'attestation de vaccina	are exacts les renseignements portés sur ations précisant par un médecin que l'enfant est ueil individualisé (PAI).
Conformément à la loi «RGP concernant et les faire rectifie	D », vous pouvez exerc er en contactant le direc	er votre droit d'accès aux données vous teur·trice et/ou le coordinatrice·eur.
cadre des relations entre ve	<b>ous et l'association.</b> L emandé. Les données :	uniquerez ne seront utilisées que dans le es données ne seront pas utilisées à des fins seront valables durant l'année en cours et
Α	le	Signature du/des responsable(s)

FICHE SANITAIRE A RETOURNER SIGNÉE

A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

Accueil de Loisirs des Francas Tél : 04.68.54.60.44 Mail : <a href="mailto:asso.educpop@francas66.fr">asso.educpop@francas66.fr</a>



### **AUTORISATION DE CAPTATION**

2024 2025

(personnes mineures)

Vu le Code civil, en particulier son article 9, vu le Code de la propriété intellectuelle Conservation et exploitation pour une durée de 10 années

Madame, Monsieur, l'exploitation et la conservation du document se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. La voix et/ou l'image et/ou les productions du de la mineur e ainsi que le document d'accompagnement présenté (diaporama, texte, images, ouvrage...) seront fixés sur un support permettant sa diffusion et sa reproduction tel que défini ci-dessous.

Projet organisé à partir du 01 juillet 2024 dans l'ensemble des centres de loisirs éducatifs des Francas des Pyrénées-Orientales pour le projet éducatif « avec les enfants et les jeunes ensemble pour l'éducation »

CONSENTEMENT DE L'ENFANT/ADOLESCENT·E				
Nom	Prénom			
On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce p	rojet			
On m'a expliqué et j'al compris qui pourrait voir le	s supports créés·es et/ou sur lesquels j'apparais.			
Et je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour o	ce projet, mon image et/ou ma voix.			
RESPONSABLE(S) En qualité de cocher la case				
Mère Père Tuteur/Tutrice  Je soussigné-e Nom	Mère Père Tuteur/Tutrice			
Je soussigné·e Nom	Je soussigné·e Nom			
Prénom	Prénom			
Adresse	Adresse			
Commune	Commune			
Tél Tél	Tél Tél			
Pyrénées-Orientales qui le gère de représenter, reprod communiquer au public les images fixes et/ou animées su dont je suis responsable légal et/ou ses productions prises du du projet éducatif précitée ou au cours de leur restitution.	ır lesquelles figure l'enfant/l'adolescent·e cité ci-dessus			
J'autorise le Centre de loisirs éducatif de Baho et à procéder à toute modification utile des images représer réutilisation ultérieure des images concernées pour un sujet id	entant le·la mineur·e et/ou ses productions ainsi qu'à la			
Les prises de vues photographiques, audiovisuelles, sonores peuvent être exploitées par Centre de loisirs éducatif de Baho et à l'association des Francas des Pyrénées-Orientales qui le gère dans le cadre de ses activités internes et/ou pour l'accomplissement de ses missions statutaires, accomplissement qui inclut la possibilité de rétrocéder ces droits à tout organisme à vocation culturelle, éducative, scientifique, pédagogique, muséologique ou sociale, à des fins de promotion des actions de l'union régionale des Francas d'Occitanie et de la Fédération nationale des Francas sur tout support connu ou inconnu à ce jour (livres, journal interne, dépliant, sites Internet, Intranet et/ou blog, dossier de presse, opérations promotionnelles, reportage d'information pour les médias, exposition, publication d'ouvrages, articles de presse, archivage) en France et dans le Monde entier.				
Cette autorisation est donnée à titre gracieux et non excl				
pays et pour la durée de protection légale de la propriété	littéraire et artistique.			
A le	Signature du/des responsable(s)			