



Communauté de Communes  
**Rhony - Vistre - Vidourle**  
ZAC Pôle Actif - Avenue de la Fontanisse  
30660 GALLARGUES le MONTUEUX  
Tél. : 04 66 35 55 55 Fax : 04 66 35 42 19

Réservé à l'administration - Renouv. :  Fratrie .....

Réception dossier :  ALSH  C.C.  PF  @

CAF  Resp. Civile  Justif Domicile

Livret Fam.  Vaccins  Jug<sup>mt</sup>  COMPLET

Date signature : .....

## FICHE SANITAIRE ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

**A.L.S.H. ....**

### ENFANT

NOM\* : ..... Prénom\* : ..... Sexe\* : F  M

Date de naissance\* : .....

Ecole (Nom et Commune) : .....

NIVEAU SCOLAIRE/NOM DE L'ENSEIGNANT(E) : .....

**Si votre enfant n'est pas scolarisé à temps plein, merci de préciser les jours et les horaires de scolarisation :**

.....  
.....

Votre enfant est-il suivi par une A.E.S.H. ? :  OUI  NON

Régime alimentaire de votre enfant\* :  Standard  Sans porc  Sans viande  Panier Repas (P.A.I.)

Recommandations utiles : Difficultés de santé, accident, précautions à prendre, port de lunettes, prothèses auditives/dentaires/autres, etc. :

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

### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

ANGINE

OTITE

RUBÉOLE

COQUELUCHE

RHUMATISME ART. AIGUE

SCARLATINE

OREILLONS

ROUGEOLE

VARICELLE

AUTRES : .....

### ALLERGIES ET/OU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE\*

PRESENCE D'UN P.A.I. :

OUI (P.A.I. à joindre **OBLIGATOIREMENT**)

NON

PRESENCE D'UN PANIER REPAS :

OUI (décharge **OBLIGATOIRE**)

NON

ASTHME :

OUI (précisez ci-dessous)

NON

ALLERGIE(S) MEDICAMENTEUSE(S) :

OUI

NON

Précisez la cause de l'allergie alimentaire et/ou la cause de l'asthme (« à l'effort », « allergique », « traitement de fond », etc), et/ou la cause de l'allergie médicamenteuse (nom du médicament et symptômes en cas d'ingestion) et la **conduite à tenir** (fournir une ordonnance récente du médecin avec posologie et médicaments correspondants) :

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

## **TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES**

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 « *Informatique et liberté* » modifiée et au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant.

En remettant et en signant le dossier d'inscription de votre enfant, vous acceptez le traitement de vos données ainsi que celles de votre enfant.

Les détails sur le traitement des données personnelles sont à disposition sur notre site [www.ccrvv.fr](http://www.ccrvv.fr).

## **FACTURES DEMATERIALISEES\***

Je soussigné(e) Madame, Monsieur..... accepte de recevoir les factures CCRVV dématérialisées (par mail), ce qui annule l'envoi par courrier postal.

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mention « *Lu et Approuvé* »

Signature des parents / tuteurs légaux

## **ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR\***

Je reconnais avoir pris connaissance du Projet Pédagogique de la structure d'accueil de mon enfant, et du règlement de fonctionnement des structures ALSH de la Communauté de Communes (disponibles sur le site internet : [www.ccrvv.fr](http://www.ccrvv.fr)) et **en accepte les clauses**.

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mention « *Lu et Approuvé* »

Signature des parents / tuteurs légaux

## **MISE A JOUR DES INFORMATIONS PORTAIL FAMILLE\***

Je m'engage à consulter mon espace Portail Famille, à mettre à jour si nécessaire les informations du dossier de mon enfant avant le 1<sup>er</sup> septembre 2020. En cas de difficultés de consultation ou de connexion au Portail Familles, je prends contact avec le service Enfance à la Communauté de Communes (04.66.35.71.16 - 04.66.35.74.73 - [contact.enfance@ccrvv.fr](mailto:contact.enfance@ccrvv.fr)).

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mention « *Lu et Approuvé* »

Signature des parents / tuteurs légaux

## **ATTESTATION SUR L'HONNEUR EXACTITUDE DES INFORMATIONS\***

Je soussigné(e) ....., Responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mention « *Lu et Approuvé* »

Signature des parents / tuteurs légaux