

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre de l'élaboration de notre fichier « adhérents ».

Les données collectées ne seront pas communiquées hors de MOSAÏC hormis en cas d'action spécifique avec un partenaire où une autorisation spécifique vous sera demandée.

La signature de cette fiche valide l'utilisation de vos coordonnées pour notre communication. Vous disposez, à tout moment, conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 du droits d'accès, de rectification ou de suppression de ces données, en nous contactant au 03.26.60.59.92./direction.mosaic@cc-argonnechampenoise.fr

ADHÉSION :

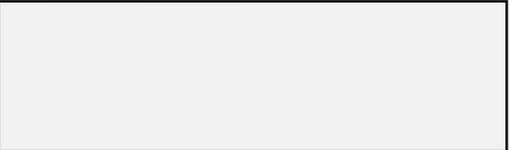
Numéro d'adhérent(e) :

Adhésion : famille (8€) Personne seule de plus de 12 ans (4€)

Règlement de l'adhésion à MOSAÏC (les chèques sont à l'ordre du trésor public) :

Montant :

Espèce Chèque N° :

Date : Signature de l'adhérent(e) : 

Saisie INOE :

Le : . .

Par :

N° adhérent :



FICHE ENFANT STRUCTURE MOSAÏC

PÉRIODE DU AU



RESPONSABLE LÉGAL 1 : Autre :

Nom : Prénom :
 Genre : Homme Femme Autre
 Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 N° téléphone :
 Mail :

RESPONSABLE LÉGAL 2 : Autre :

Nom : Prénom :
 Genre : Homme Femme Autre
 Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 N° téléphone :
 Mail :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) En couple Divorcé(e) Veuf(ve)
 Nombre d'enfant(s) :

ENFANT :

Nom	Prénom	Date de naissance	Genre			Adresse
			M	F	Autre	

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : Prénom :
 N° téléphone :
 Nom : Prénom :
 N° téléphone :

AUTORISATIONS :

- [Fin d'activité :](#)

Je soussigné autorise (la) les personne(s) citée(s) ci-dessous à venir chercher mon(mes) enfant(s) après l'activité.

Nom	Prénom	Lien avec les enfant(s)	Téléphone

Je soussigné autorise à rejoindre seul mon domicile après l'activité.

- Publication de photos

La publication de photographies ou images des participants aux activités MOSAÏC ne peut se faire sans l'autorisation des intéressés et/ou de leurs parents (ou responsables légaux) en cas d'enfant mineur. Les photographies et les vidéos sont diffusées sur tous les supports de communication de la structure (réseaux sociaux, affichage ...) ainsi que dans la presse locale.

En cas de refus de votre part, les photographies ou les vidéos ne seront pas utilisées dans le cadre de nos projets :

Je soussigné(e) : adhèrent à la structure, atteste avoir demandé aux personnes susmentionnées leurs autorisations pour la publication:

Nom	Prénom	Autorise la publication des photos		Autorise la publication des vidéos	
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre de l'élaboration de notre fichier « adhérents ».

Les données collectées ne seront pas communiquées hors de MOSAÏC hormis en cas d'action spécifique avec un partenaire où une autorisation spécifique vous sera demandée.

La signature de cette fiche valide l'utilisation de vos coordonnées pour notre communication. Vous disposez, à tout moment, conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 du droits d'accès, de rectification ou de suppression de ces données, en nous contactant au 03.26.60.59.92./direction.mosaic@cc-argonnechampenoise.fr

Date : Signature du responsable légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :