

FICHE D'ADHÉSION 2026 – 2027

IDENTITÉ DES ADHÉRENT.ES

ADHÉRENT.E 1	ADHÉRENT.E 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Mail :	Mail :

ENFANTS

NOM	Prénom

SECTEURS ET ACTIVITÉS

SECTEURS	ACTIVITÉS
Petite enfance	☐
Enfance	☐ ACM Manouchian ☐ ACM Cap Est ☐ Accompagnement scolaire primaire
Jeunes	☐ Accueil Jeunes ou Pré-ados (adhésion incluant 6 € pour les accueils du soir et des mercredis) ☐ Accompagnement scolaire collège / lycée
Adultes & Familles	☐ Activités adultes & familles ☐ Épicerie solidaire ☐ Conseil numérique ☐ Bénévolat ☐ Ateliers sociolinguistiques ☐ Activités sportives ou musicales

AUTORISATION ET COMMUNICATION

- ☐ J'accepte de recevoir des emails du centre social : la **Newsletter** et des informations diverses.
☐ J'autorise la prise de photos et leur publication dans les médias du centre social.

RÈGLEMENT DE L'ADHÉSION

- ☐ Carte bancaire
 ☐ Chèque
 ☐ Espèce

Marseille, le : _____

Signature : _____

Protection des données personnelles

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le chargé d'accueil à des fins de communication et de vie statutaire (base légale : intérêt légitime). Elles sont communiquées aux seuls destinataires suivants : accueil et direction, et conservées 3 ans. Vous pouvez accéder à vos données, les rectifier, demander leur effacement, en limiter le traitement, retirer votre consentement, vous y opposer (art. 21 RGPD) ou exercer votre droit à la portabilité (art. 20 RGPD) — voir CNIL.fr. Pour exercer ces droits, contactez notre déléguée à la protection des données : comptacapelette@gmail.com. En cas de litige persistant, vous pouvez saisir la CNIL.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) MINEUR.E ACCUEILLI.E

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

GARÇON ☐ FILLE ☐

POIDS DU MINEUR :

2) VACCINATIONS (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé?

Allergies alimentaires : NON ☐ OUI ☐ Préciser à quoi :

Allergies médicamenteuses : NON ☐ OUI ☐ Préciser à quoi :

Autres allergies : NON ☐ OUI ☐ Préciser à quoi :

Asthme : NON ☐ OUI ☐

Diabète : NON ☐ OUI ☐

Epilepsie : NON ☐ OUI ☐

Autres : NON ☐ OUI ☐ Préciser :

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier? NON ☐ OUI ☐

Si oui, **prendre contact avec le Directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs pour la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.**

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre **en cas d'urgence** pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON ☐ OUI ☐

Si oui, prendre contact avec le Directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs pour la mise en place d'un éventuel PAI.

d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

Si oui, prendre contact avec le Directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs pour la mise en place d'un éventuel PAI.

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

4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

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

5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : PRENOM :

Adresse :
.....

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM : PRENOM :

Adresse :
.....

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM et Téléphone du médecin traitant :
.....

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date : Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'Accueil Collectif de Mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles. La fiche sanitaire de liaison doit être renouvelée tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur.

.....
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR :

.....
COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS :

.....

DOCUMENTS À FOURNIR

Merci de joindre l'ensemble des documents suivants à votre dossier d'inscription.
Un dossier incomplet ne pourra pas être traité.

DOCUMENTS À FOURNIR

☐	Fiche d'adhésion (Une par famille)
☐	<u>Photocopie des vaccins</u>
☐	<u>Attestation CAF</u> (Précisant votre quotient familial ou votre dernier avis d'impôts)
☐	<u>Attestation d'assurance extrascolaire</u>
☐	Fiche sanitaire de liaison

NATATION

Votre enfant sait-il nager ?	OUI	NON
Si oui, merci de nous fournir le brevet de natation.	☐	☐

ENGAGEMENT DE L'ADHÉRENT·E ET PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

1. ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

En signant le présent document, l'adhérent·e reconnaît avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement intérieur du centre de loisirs et en accepte les dispositions. Cette acceptation porte notamment sur :

- l'encadrement des activités ;
- les périodes d'ouverture et les horaires ;
- les tarifs et modalités d'inscription et de paiement ;
- les absences et la santé de l'enfant ;
- la restauration et la vie collective ;
- le respect mutuel au sein de la structure.

2. TRAITEMENT ET CONSERVATION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément au RGPD (art. 13 et 14), les données collectées à l'inscription (identités, coordonnées, informations médicales éventuelles) sont traitées aux fins de gestion administrative et pédagogique, sur la base de l'exécution du contrat d'inscription (art. 6.1.b) et, pour les données sensibles, de l'art. 9.2.b. Elles sont conservées 3 ans après la dernière inscription, puis détruites ou anonymisées. Les pièces remises sont des documents internes ; aucun original ne peut être restitué (sauf droit d'accès, art. 15 RGPD). L'adhérent·e est invité·e à conserver ses propres doubles.

3. CADRE LÉGAL

Le traitement repose sur le RGPD (art. 5.1.e conservation limitée, art. 6.1.b exécution du contrat, art. 13-14 information, art. 15-22 droits d'accès, rectification, effacement, opposition et portabilité) et la loi informatique et libertés n° 78-17 modifiée. Pour exercer vos droits, contactez l'accueil.

BON POUR ACCORD ET SIGNATURE

En apposant ma signature, je certifie avoir lu et accepté sans réserve le règlement intérieur et les modalités de traitement de mes données personnelles (et celles de mes ayants droit), et avoir été informé·e de mes droits (art. 15-22 du RGPD).

Nom et prénom du signataire :

Qualité (Père / Mère / Tuteur·trice légal·e) :

Fait à Marseille, le ____ / ____ / 20____

Signature (précédée de la mention manuscrite

« Lu et approuvé ») :