

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SEMAINE JEUNESSE HIVER 2025
DU 24 AU 28 FÉVRIER**

Jeune

Nom : Prénom : M F
 Né (e) le : Lieu de naissance :
 Établissement scolaire fréquenté : Classe :

Représentant 1 : Père – Mère – Autre ①

Nom : Prénom :
 Situation familiale : marié – séparé – divorcé – vie maritale – célibataire – veuf ①
 Adresse :
 Tél domicile : Tél portable :
 Tél professionnel : Adresse mail :

Représentant 2 : Père – Mère – Autre ①

Nom : Prénom :
 Situation familiale : marié – séparé – divorcé – vie maritale – célibataire – veuf ①
 Adresse :
 Tél domicile : Tél portable :
 Tél professionnel : Adresse mail :

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher le jeune

Nom - Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Inscription et tarifs

<u>Inscription</u>	Lundi 24	Mardi 25	Mercredi 26	Jeudi 27	Vendredi 28
Journée	Inscription à la semaine				
Repas ①	Sortie journée Pique nique famille	oui non	oui non	oui non	oui non

<u>Tarif à la journée</u>		-Bons Vacances	-Aide Conseil Départemental	PRIX À PAYER FAMILLES
QF ≤ 449	11€	CAF 8€ MSA 6€	0.93€	2.07€ 4.07€
449.01 ≤ QF ≤ 794	12€	CAF 6€ MSA 6€		5.07€ 5.07€
794.01 ≤ QF ≤ 1000	12€	CAF 3€ MSA 6€ (jusqu'à 900)		8.07€ 5.07€
QF ≥ 1000.01	17.08€	/		16.15€

① Rayer la mention inutile

Autorisations

J'autorise mon enfant à pratiquer les ateliers proposés : **Oui** – **Non** ①

J'autorise mon enfant à rentrer seul à 12h et à 17h : **Oui** – **Non** ①

J'autorise mon enfant à se déplacer en groupe, en autonomie, dans le respect des consignes données par les animateurs : **Oui** – **Non** ①

Attestation d'assurance en Responsabilité Civile

Attestation assurance à fournir impérativement

Médecin :

Médecin traitant :Téléphone :

Renseignements médicaux :

Photocopie du carnet de vaccination à fournir impérativement

Allergies : Asthme Oui – Non ①
 Alimentaires Oui – Non ①
 Médicamenteuses Oui – Non ①
 Autres :

Précisions utiles (difficultés de santé, PAI, port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires) :

.....
.....

Je soussigné(e),, responsable légal du jeune,déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgences seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date et signature :

Ce dossier est à remettre pour le VENDREDI 07 FÉVRIER 2025

mail : enfancejeunesse@ychoux.fr **ou boîtes aux lettres de la Mairie**

Contacts : 05.58.82. 36.01 *Direction Pôle Enfance Jeunesse*

Autorisation parentale d'enregistrement et d'utilisation de l'image / la voix d'une personne mineure

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image des jeunes mineurs (photographie, voix) quel que soit le procédé envisagé. Elle est formulée dans le cadre du projet spécifié ci-dessous et les objectifs ont été préalablement expliqués aux jeunes et leurs responsables légaux.

Vu le Code Civil (article 9), la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12), la Convention européenne des droits de l'homme (article 8) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7)

Vu le règlement général européen N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Mairie Ychoux

Rue Félix Arnaudin – 40160 YCHOUX

Téléphone : 05.58.82.36.01

1- Finalités envisagées

Restitution des semaines jeunesse ou séjours sous forme de vidéos, expositions photos, de spectacles – Interviews – Activités radio

2- Projet audio-visuel si besoin

La présente autorisation est consentie à titre gratuit. Le producteur de l'œuvre audiovisuelle créée ou le bénéficiaire de l'enregistrement exercera l'intégralité des droits d'exploitation attachés à cette œuvre/cet enregistrement. L'œuvre/l'enregistrement demeurera sa propriété exclusive. Le producteur/le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de céder les présentes autorisations à un tiers.

* Le cas échéant

3- Modes d'exploitation envisagés

Autorisation *	Support	Conservation	Étendue de la diffusion
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Papier/Vidéo	1 année scolaire	Expositions, bulletin municipal, articles, activités basées sur l'image, spectacles
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	En ligne	1 année scolaire	Site internet de la Mairie, Newsletter

* Cocher les cases

4- Consentement du jeune

- On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.
 On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir ces diffusions.
Et je suis d'accord pour que l'on enregistre mon image ma voix.
Nom prénom du jeune :

Signature :

5- Autorisation parentale

Je (Nous) soussigné(e)(s) :
Demeurant :
Et
Demeurant (si adresse différente) :
Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de :

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom et :

- autorise(ons) la captation de l'image / de la voix de l'enfant et l'utilisation qui en sera faite par la Mairie.
 n'autorise(ons) pas la captation de l'image / de la voix de l'enfant.

Merci d'écrire lisiblement le mot « **REFUS** » : _____

Fait à

Le Signature (s) :

6- Pour exercer vos droits

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par Le Maire afin de répondre à une mission d'intérêt public. Ces données ne sont pas conservées au-delà de l'année scolaire relative à la présente autorisation. Les informations vous concernant ainsi que votre enfant ne sont transmises qu'aux seules personnes en charge du traitement de la présente autorisation.

Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez également d'un droit à l'effacement concernant l'image/la voix enregistrée et utilisée dans le cadre décrit ci-dessus.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante: mairie@ychoux.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07