

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / Sexe :

Ecole / Classe:

Enseignant:.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Régime alimentaire (sans porc, sans viande, allergie, autre...):.....

LES RESPONSABLES

	Responsable Légal n°1	Responsable Légal n°2
Nom		
Prénom		
Adresse		
CP/Ville		
Tél. domicile		
Tél. portable		
@ Mail		
Nom de l'employeur		
Emploi		
Tél. travail		
Situation familiale		

Relevez-vous du régime général de la CAF : Oui Non

N° Allocataire CAF : Nom de l'allocataire.....

Si autre régime, préciser l'organisme et le numéro d'affiliation :

Liste des personnes autorisées à venir chercher mon enfant

Interdit	Nom—Prénom	Téléphone	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	-	-	
<input type="checkbox"/>	-	-	
<input type="checkbox"/>	-	-	
<input type="checkbox"/>	-	-	
<input type="checkbox"/>	-	-	

AUTORISATIONS

	OUI	NON
Autorise mon enfant à partir seul		
Autorise le centre à photographier mon enfant et à diffuser éventuellement les photos prises dans un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement		
Autorise le centre à consulter mon dossier d'allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources, à prendre en compte pour le calcul des tarifs		
Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties proposées par l'accueil de loisirs de Péronnas		
Autorise le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules, dans le cadre des sorties en groupe		

Je soussigné(e) père, mère, tuteur :

- ◆ Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement et du règlement intérieur,
- ◆ Autorise la directrice à prendre toute mesure d'urgence en cas de maladie ou accident,
- ◆ Autorise l'équipe d'animation à faire les premiers soins en cas de blessures bénignes conformément à la réglementation en vigueur
- ◆ M'engage en cas de PAI à fournir les médicaments et le protocole
- ◆ Je suis informé(e) du traitement opéré sur les données personnelles transmises, du délai de conservation et du moyen mis à ma disposition pour exercer mes droits
- ◆ Autorise la saisie des données médicales et personnelles sur le portail famille
- ◆ Reconnaiss avoir pris connaissance du règlement intérieur
- ◆ M'engage à fournir un dossier complet dûment complété avec:
 - Fiche sanitaire
 - Photocopie des vaccins
 - Justificatif d'assurance RC individuelle ou scolaire

Fait à..... Le.....

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »