



Fiche de renseignements

(1 seule fiche par famille)

Nom, prénom enfant 1		Né(e) le		Sexe	F ou M
Nom, prénom enfant 2		Né(e) le		Sexe	F ou M
Nom, prénom enfant 3		Né(e) le		Sexe	F ou M
Nom, prénom enfant 4		Né(e) le		Sexe	F ou M

Père ou tuteur légal :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tel personnel : _____

Tel travail : _____

Email : _____

Mère ou tutrice légale :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tel personnel : _____

Tel travail : _____

Email : _____

Si parents séparés, qui a la garde des enfants ?

Facture à envoyer à : la mère le père les deux parents

N° d'allocataire CAF : _____ **ou MSA :** _____

ASSURANCE

Organisme assureur : _____ Types d'assurance : _____

N° de police : _____

*** Joindre impérativement une attestation d'assurance de votre (vos) enfants.**

**PERSONNES MAJEURES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE
OU HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT**

NOM	Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	N° de téléphone

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de(s) enfant(s)

Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique d'activités physiques et sportives (dont baignade)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Certifie que mon enfant sait nager (joindre attestation du maître-nageur)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autorise tous les déplacements en commun (minibus, voiture particulière, car) dans le cadre des activités	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autorise l'utilisation des images (photos, vidéos) sur lesquelles apparaît mon enfant 1) pour un usage de communication (presse, exposition, support de communication...) 2) pour publication sur le site Internet et/ou sur la page Facebook de la Communauté de communes	Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autorise mon enfant de plus de 6 ans à quitter seul la structure à la fin du temps d'accueil prévu et décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident survenant avant ou après le départ de l'Accueil de Loisirs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autorise le responsable de l'Accueil ou de l'activité à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical : traitement, hospitalisation, intervention d'urgence	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer le responsable de l'accueil de tout changement portant sur les informations inscrites	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
J'autorise la structure à saisir et conserver mes données personnelles* * les données personnelles sont saisies et conservées dans le respect des règles de confidentialité et en conformité avec les dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'avec les dispositions du règlement (UE) n°2016/67 du 27 avril 2016.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Fait à _____ Le _____

Signature du (des) responsable (s) légal (aux) :