

PHOTO
D'IDENTITE



ACCUEIL DE LOISIRS

L'ENFANT

NOM : Prénom :
Date de naissance : ___/___/___ Garçon Fille
Ecole fréquentée : Classe :

LA FAMILLE

NOM et prénom du Père : Date naissance : ___/___/___
NOM et prénom de la Mère : Date naissance : ___/___/___
Situation familiale : célibataire marié concubin pacsé séparé divorcé veuf/ve

NOM et prénom des autres enfants :

1 - Date naissance : / /
2 - Date naissance : / /
3 - Date naissance : / /
4 - Date naissance : / /

Adresse

CP Ville..... Quartier :

N° Téléphone fixe : ___/___/___/___/___

N° Portable - Père : ___/___/___/___/___ Mère : ___/___/___/___/___

E-mail : _____ @ _____

Profession du père :

Nom et adresse de l'Employeur du père :

Tél : ___/___/___/___/___

Profession de la mère :

Nom et adresse de l'Employeur de la mère :

Tél : ___/___/___/___/___

Adresse de votre Caisse d'Allocations Familiales ou autre :

Allocataire : Nom N°

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins - copie du carnet de santé

Traitement médical

- * L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
* Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (notice et boîte d'origine au nom de l'enfant)

Maladies

RUBEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Allergies

ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRE oui non AUTRES :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (si automédication le signaler)

.....

Régime ou particularité alimentaire : sans porc sans viande

Autre, à préciser :

Autres recommandations utiles :

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

INFORMATIONS IMPORTANTES

- ☞ Les documents qui vous sont remis ou demandés lors de l'inscription de votre enfant par le Centre Social de Vitré répondent aux exigences de la réglementation relative aux accueils de loisirs.
- ☞ Les aides aux temps libres CAF et MSA peuvent être utilisés pendant toutes les périodes de vacances scolaires et sont acceptés dans le cadre des centres de loisirs (sous réserve des droits ouverts). Ces bons sont à donner à l'inscription.
- ☞ Etabli à partir du projet de l'association, le projet éducatif de l'accueil de loisirs vous est remis. Le document pédagogique dans son intégralité est consultable auprès de la directrice du centre sur simple demande.

ATTESTATION et AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

père, mère, tuteur Ⓣ de l'enfant

- ✓ autorise mon enfant, à participer à l'ensemble des activités qui sont organisées par le Centre Social de Vitré dans le cadre de l'accueil de loisirs.
- ✓ atteste avoir été informé par le Centre Social de Vitré de mon intérêt à souscrire également un contrat d'attestation responsabilité civile vie privée et individuelle enfant extrascolaire (fournir les attestations à l'inscription)
- ✓ autorise, n'autorise pas Ⓣ l'utilisation par le Centre Social de Vitré de tous les clichés sur lesquelles mon enfant apparaît et sur tous supports (papier et numérique, site internet)
- ✓ accepte oui, non Ⓣ que des données à caractère personnel (données individuelles anonymisées) soient utilisées par le Centre Social à des fins statistiques.
- ✓ déclare avoir pris connaissance que le Centre Social a accès à CAFPRO, service Internet à caractère professionnel qui lui permet de consulter directement les éléments de mon dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de sa mission.
- ✓ autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- ✓ autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :
NOM, prénom : N° Tél : ____/____/____/____/____
NOM, prénom : N° Tél : ____/____/____/____/____
NOM, prénom : N° Tél : ____/____/____/____/____
NOM, prénom : N° Tél : ____/____/____/____/____
- ✓ déclare avoir pris connaissance du « règlement de fonctionnement » qui m'a été transmis et m'engage à en respecter les termes
- ✓ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

A Vitré, le

Signature

Ⓣ Prayer la mention inutile

Conformément à la loi n° 78- du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Loi Informatique et Libertés », et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, dit « Règlement Général sur la Protection des Données » ou « RGPD », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement, de retrait et de portabilité de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant par email à l'adresse suivante : contact@centresocialdevitre.fr, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide
Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).