



## Renseignements du foyer et de l'enfant

Représentant légal (PERE) Nom – Prénom : Adresse :  Tél : Mail : Tel travail : Profession :	Représentant légal (MERE) Nom – Prénom : Adresse :  Tél : Mail : Tel travail : Profession :
--	--

Situation familiale des représentants (à entourer) :

Marié(e) / Célibataire / vie maritale / Séparé(e) / Veuf (ve) / famille accueil

Nom de l'enfant : .....

Né(e) le : .....

Prénom de l'enfant : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs  oui  non.

Quelle est sa place dans la fratrie:

N° d'allocataire:  CAF  MSA  AUTRE : .....

A cocher : <b>CENTRES D'INTERETS DE VOTRE ENFANT</b>	
<input type="checkbox"/>	sport
<input type="checkbox"/>	Lecture
<input type="checkbox"/>	Marcher
<input type="checkbox"/>	Jeux de société
<input type="checkbox"/>	Activité manuelle
<input type="checkbox"/>	Va vers les autres
<input type="checkbox"/>	Fait la sieste
<input type="checkbox"/>	A besoin d'une sucette
<input type="checkbox"/>	A besoin de son doudou
<input type="checkbox"/>	Ecoute de la musique pour la sieste
<input type="checkbox"/>	Ecoute une histoire pour s'endormir

<b>VIE QUOTIDIENNE</b>	Oui	Non
Votre enfant est-il autonome pour aller aux toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il besoin d'une aide pour se déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant s'endort-il seul ? Qu'est-ce qui peut l'aider à s'endormir ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur (signature) :

## AUTORISATIONS et DECHARGES PARENTALE

Je soussigné (e) **Responsable légal de l'enfant** :

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à en respecter les termes.
- Autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Revenus, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.).
- Autorise mon enfant à venir et rentrer par ses propres moyens au centre de loisirs (à pied, à vélo) avec un mot ou mail le jour du besoin soit à l'année soit ponctuel.
- Autorise le responsable du centre de loisirs à prendre les mesures d'urgence pour faire soigner mon enfant (hospitalisation, SAMU, Pompier, Docteur).
- Autorise, en cas d'urgence, le responsable du centre de loisirs à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire les traitements nécessaires à l'état de santé de mon enfant. Et m'engage à rembourser les frais médicaux, d'hospitalisation, et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- Autorise le centre de loisirs dans le cadre pédagogique et informatif (publications, site internet, blog...) des photos et des vidéos de mon enfant
- Refuse l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le centre.
- Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre :

En transport collectif (bus, car, train...)                      OUI                      NON

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone fixe	Téléphone port

Le centre de loisirs reconnu d'utilité publique est responsable du traitement de vos données personnelles. Parce que nous accordons une grande importance à la protection de votre vie privée, nous nous engageons à respecter la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par le Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données personnelles (RGPD).

**Autorisation valable pour une année (adhésion annuelle).**

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* » :

