

ENFANT					
NOM		Prénom		Né(e) le	
					Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
ECOLE			Classe		

PARENTS marié(e) - Célibataire - divorcé(e) - vie maritale					
PÈRE			MÈRE		
NOM			NOM		
Prénom			Prénom		
Adresse			Adresse (si différente)		
code postal		ville	code postal		ville
téléphone			téléphone		
portable			portable		
Lieu de travail		tél:	Lieu de travail		tél:
MAIL:			MAIL:		

FACTURATION (si différent)			N° allocataire CAF ou MSA ( OBLIGATOIRE)		
NOM					
Prénom			[joindre une copie du QF CAF ou MSA]		
Adresse			ASSURANCE (adresse et N° de police)		
code postal		ville			

PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant					
NOM		NOM		NOM	
Prénom		Prénom		Prénom	
Téléphone		Téléphone		Téléphone	
lien de parenté		lien de parenté		lien de parenté	

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin traitant		Téléphone
		vaccins à jour: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
OBSERVATIONS MEDICALES (traitement médical - lunettes...) et ALIMENTAIRES (régimes - allergies...)		

AUTRES RENSEIGNEMENTS		
BAIGNADE	J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SIESTE	Mon enfant fait-il la sieste ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DROIT D'IMAGE	J'autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités. Les photos pourront être utilisées sur des supports internes et presse locale.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TRANSPORT	J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport utilisés par le service	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
SORTIE DU SOIR	J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DANS LE STRICT RESPECT DU RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données)		
Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant.		
MES DONNEES PERSONNELLES	J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	J'autorise la structure à saisir mes informations médicales	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je soussigné NOM  Prénom   
responsable légal de l'enfant concerné par cette fiche de renseignement:

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter. J'autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant toute mesure (hospitalisation - intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.	Date	<input type="text"/>
	SIGNATURE	<input type="text"/>