

ENFANT			
NOM	Prénom	Né(e) le / /	Sexe : F M
ECOLE		Classe	

PARENTS marié(e) – Célibataire - divorcé(e) – vie maritale			
PÈRE		MÈRE	
NOM	NOM	NOM	NOM
Prénom	Prénom	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	NOM		
Prénom	Prénom	(joindre une copie du QF CAF ou MSA)	
Adresse		<b>ASSURANCE (adresse et N° de police)</b>	
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:	oui non
<b>OBSERVATIONS MEDICALES (traitement médical - lunettes...) et ALIMENTAIRES (régimes - allergies...)</b>			

AUTRES RENSEIGNEMENTS			
<b>BAIGNADE</b>	J'autorise mn enfant à participer aux baignades surveillées	OUI	NON
<b>SIESTE</b>	Mon enfant fait-il la sieste ?	OUI	NON
<b>DROIT D'IMAGE</b>	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.	OUI	NON
<b>TRANSPORT</b>	J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport utilisés par le service	OUI	NON
<b>SORTIE DU SOIR</b>	J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison	OUI	NON
<b>DANS LE STRICT RESPECT DU RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données)</b> Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant.			
<b>MES DONNEES PERSONNELLES</b>	J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles	OUI	NON
	J'autorise la structure à saisir mes informations médicales	OUI	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 de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter. <b>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.</b>	Date
	SIGNATURE