

*cocher la case ou les cases correspondante(s)

Périscolaire secteur Haut Verdon *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur Allos *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur Entrevaux *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur Annot *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur St André les Alpes *	<input type="checkbox"/>
Accueil de loisirs secteur Barreme *	<input type="checkbox"/>

ENFANT * (cocher la case correspondante)

NOM : _____ **Sexe * :** M F
Prénom(s) : _____ / _____ / _____
Né(e) le : / / **Lieu de naissance** (commune et département) : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ **Commune :** _____

RESPONSABLES LÉGAUX * (cocher la case correspondante)

Resp 1 **NOM:** _____ **Autorité parentale * :** Oui Non
NOM marital (nom d'usage) : _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____
 (si différente de celle de l'élève)
Code postal : _____ **Commune :** _____
Téléphone domicile : | | | | | | | | | | **Téléphone portable :** _____
Courriel : _____ @ _____
Régime (cocher la case correspondante) : CAF MSA Maritime Autre N° d'allocataire :

Resp 2 **Autorité parentale* :** Oui Non
NOM : _____ **Prénom :** _____
Adresse : _____
 (si différente de celle de l'élève)
Code postal : _____ **Commune :** _____
Téléphone domicile : | | | | | | | | | | **Téléphone portable :** _____
Courriel : _____ @ _____
Régime (cocher la case correspondante) : CAF MSA Maritime Autre N° d'allocataire :

Resp 3 (personne physique ou morale)

Autorité parentale* : **Oui** **Non**

Organisme : _____

Fonction : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Téléphone portable : _____

Courriel : _____ @ _____

Régime (cocher la case correspondante) : CAF MSA Maritime Autre N° d'allocataire :

ASSURANCE DE L'ENFANT * (attestation à fournir obligatoirement)

Responsabilité civile * : **Oui** **Non** Individuelle Accident * : **Oui** **Non**

Compagnie d'assurance: _____ Numéro de police d'assurance : _____

CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT : Personnes Autorisées ou à Contacter

Il est exclu qu'un enfant de maternelle (-6ans) parte sans la présence d'un parent (ou d'une personne désignée par leurs soins).

AUTORISE les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant au sein de la structure ou à la sortie du bus sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Téléphone	Lien

AUTORISATION DE SORTIE

AUTORISE* mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

(*) Rayer la mention inutile

N'AUTORISE PAS* mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN

AUTORISE* mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties ou d'activités pédagogiques. (*) Rayer la mention inutile

N'AUTORISE PAS* mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties ou d'activités pédagogiques.

AUTORISATION DE BAIGNADE

AUTORISE* mon enfant à se baigner dans le cadre de la réglementation des accueils collectifs de mineurs, lors des sorties organisées. (*)
Rayer la mention inutile

N'AUTORISE PAS* mon enfant à se baigner dans le cadre de la réglementation des accueils collectifs de mineurs, lors des sorties organisées.

AUTORISATIONS AUX SOINS

(*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE* le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure :

-En cas de maladie de mon enfant, d'accompagner à la prise sous ma responsabilité, des médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.

-D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité

Nous nous engageons à venir chercher notre enfant dans les plus brefs délais en cas de problème médical (y compris état subfébrile à partir de 38°C). La direction s'engage à signaler en temps réel les modifications éventuelles de l'état de santé de votre enfant.

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

(*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La Structure elle-même (journal interne, ...)
- Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes.
- La Presse
- Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- Les Stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que si je reçois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

1. Vaccination

Vaccination obligatoire	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				ROR	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

2. Renseignement concernant le mineur

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? * Oui Non
 (*) Cocher la case correspondante

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Allergie : Alimentaires Oui Non
 Médicamenteuses Oui Non
 Autres (préciser)..... Oui Non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser (*) Cocher la case correspondante :
 Oui Non

.....

3. Recommandation utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, Etc... :

.....

Nom et téléphone médecin traitant :

J'atteste sur l'honneur les renseignements portés sur ce dossier d'inscription.

La signature vaut approbation pour les différents éléments indiqués sur la fiche de renseignement.

Date :

Signatures (responsables légaux) :

Dans le cadre de l'inscription de votre enfant à l'accueil de loisirs, nous recueillons des informations à caractère personnel dans cette fiche. Les informations recueillies sont enregistrées dans les logiciels DOMINOWeb et PortailFamille sous la responsabilité du Président de la CCAPV dans le but de faciliter la gestion de l'accueil de votre enfant via ces outils.

Conformément à la réglementation applicable en matière de données à caractère personnel (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données que vous pouvez exercer en vous adressant par courriel à : service.enfance.jeunesse@ccapv.fr