

Fiche de renseignement

Parents /enfant

(1 fiche par enfant)

Conformément à la loi informatique et libertés et à la ,protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel.

Enfant

Nom : Prénom : Date de naissance : /..... /.....

Vaccinations : Fournir les photocopies du carnet de vaccinations de votre enfant, à jour.

Restauration :

Normal

Sans porc

Sans viande

Recommandations des parents

Allergie ou autres (à préciser) :

Si PAI à mettre en place: Merci de prendre contact avec la direction.

Tout traitement médical ne pourra être administré à votre enfant qu'avec une ordonnance du médecin.

Autorisations parentales :

Prises de photos et vidéos et leur diffusion à des fins représentatives des activités de l'association AFR enfance jeunesse de Sainte Sigolène et de la Communauté de Communes des Marches du Velay Rochebaron. (Sur tout type de support de communication)

OUI

NON

Transport de mon enfant en bus ou minibus dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs.

OUI

NON

Médecin et hospitalisation :

Nom du médecin traitant:

Téléphone:

Nous autorisons les responsables des accueils de loisirs, à présenter notre enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Parents / Responsable légal

Adresse postale : Code postal: Commune:

Numéro d'allocataire CAF : Quotient familial : MSA Autre

Conjoint 1

Nom :

Prénom :

Date de naissance: /..... /.....

n° tel domicile :

N° tel portable :

Mail (obligatoire):

Activité

Parent au foyer

Artisan

Demandeur d'emploi

Cadre

Employé

Chef d'entreprise

Ouvrier

Fonctionnaire

Commerçant

Retraité

Etudiant

Conjoint 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance: /..... /.....

n° tel domicile :

N° tel portable :

Mail (obligatoire):

Activité

Parent au foyer

Artisan

Demandeur d'emploi

Cadre

Employé

Chef d'entreprise

Ouvrier

Fonctionnaire

Commerçant

Retraité

Etudiant

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence ou étant susceptible de récupérer votre enfant:

Nom: Prénom: N° de téléphone:

Nom: Prénom: N° de téléphone:

Je soussigné(e).....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :