

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		Lieu de travail	
tél:		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: oui non
OBSERVATIONS MEDICALES (traitement médical - lunettes...) et ALIMENTAIRES (régimes - allergies...)		

AUTRES RENSEIGNEMENTS			
BAIGNADE	J'autorise mn enfant à participer aux baignades surveillées	OUI	NON
SIESTE	Mon enfant fait-il la sieste ?	OUI	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.	OUI	NON
TRANSPORT	J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport utilisés par le service	OUI	NON
SORTIE DU SOIR	J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison	OUI	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	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. 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
	SIGNATURE