

Autorisations parentales

Intitulés	Oui	Non
<p>Autorisation d'urgence</p> <p><i>J'autorise le personnel du centre à prendre les mesures d'urgences (hospitalisation, pompiers SAMU...) et à faire transporter mon enfant en cas de nécessité.</i></p>		
<p>Autorisation de transport en sortie</p> <p><i>J'autorise le personnel du centre à sortir mon enfant par un moyen de transport collectif (bus)</i></p>		
<p>Autorisation d'administration de médicaments</p> <p>Uniquement si PAI</p>		
<p>Autorisation du droit à l'image</p> <p><i>J'autorise l'équipe du centre à photographier et à utiliser les photographies sur lesquelles figure mon enfant à des fins pédagogiques.</i></p> <p><i>*édition et création de documents</i> <i>*exposition dans le centre</i> <i>*presse</i> <i>*site de la commune page et blog de l'école</i></p> <p><i>Cette autorisation est valable pour l'année</i></p>		
<p>Autorisation de rentrer seul</p> <p><i>J'autorise mon enfant à rentrer par ses propres moyens après le centre</i></p>		
<p>Acceptation du règlement intérieur</p> <p><i>J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur</i></p>		

Fait à Le

Signatures des responsables légaux

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service du périscolaire de la commune pour permettre les inscriptions de l'enfant au sein du service périscolaire. La base légale du traitement est le code de l'éducation et notamment les articles L131-1 et suivants

Les données sont conservées pendant 1 an.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le service périscolaire de la commune.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



Bagnols-en-Forêt

Accueil de loisirs sans hébergement

Dossier d'inscription

2024/2025

Enfant :

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Age : Sexe F M

Adresse du domicile :
.....

Code postal : ____ Ville :

Représentants légaux :

Numéro allocataire :

Nom et prénom du Père :	Nom et prénom de la Mère :
Adresse :	Adresse :
Code postal : _____	Code postal : _____
Ville :	Ville :
Tél dom : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	Tél dom : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Mail :	Mail :

Assurance : N° de police :

Joindre la photocopie de l'attestation d'assurance

AUTRES...PRÉCISEZ.

.....
.....

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom prénom

N° TELEPHONE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

REMARQUES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fiche sanitaire

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT

.....

N° de sécurité sociale :

1 - VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Les **vaccinations obligatoires** sont les suivantes : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP).

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

En cas de PAI veuillez prendre contact avec la direction

PAI oui non

Fournir la copie à jour

Fournir la photocopie des pages de vaccination à jour

ASTHME oui non

ALLERGIES :

Aucun médicament ne pourra être administré par le personnel d'animation

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé que vous trouverez utile de porter à notre connaissance.

(Maladie, opération...)

.....

3 - RENSEIGNEMENTS UTILES

LENTILLES LUNETTES oui non

DES PROTHÈSES Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant l'enfant elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

THÈSES

AUDITIVES oui non

DES PROTHÈSES DENTAIRES oui non