



FICHE DE RENSEIGNEMENTS Année : ALSH

PHOTO

Responsable Légal et/ou Familles monoparentales ou parents séparés, veuillez remplir uniquement votre partie

Responsable Légal n°1

M. Mme

Nom :

Prénom :

Tél portable :

E-mail :

Souhaitez-vous recevoir les factures par Email : **Oui** **Non**

Tél Professionnel :

Adresse :

Code Postale :

Tél domicile :

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : / /

École-Bâtiment : Niveau : Nom de l'enseignant (te) de votre enfant :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication de ces informations, veuillez-vous adresser un mail à l'adresse suivante : administratifalsh@cscslacouronne.org

D) AUTORISATIONS :

Je soussigné(e).....

Autorise Le Colibri, CSCS La Couronne à prendre en photo / filmer mon enfant dans le cadre de son activité et à utiliser son image uniquement pour les besoins d'actions, projets ou expositions liés aux missions du Le Colibri, CSCS La Couronne

Oui **Non**

Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet de diffusion ou d'utilisation commerciale.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à son image et/ou à sa réputation.

II) TRANSPORT :

J'autorise Le Colibri, CSCS La Couronne, a transporter mon (mes) enfant(s) dans les mini bus de notre structure si besoin, pour sorties, séjours, etc. **Oui** **Non**

III) BAIGNADE :

- Votre enfant sait-il nager ? **Oui** **Non**
- Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités aquatiques ? **Oui** **Non**

IV) SORTIE : Personnes autorisées à prendre l'enfant à l'Accueil de Loisirs :

Nom : Prénom : Tel : Lien de Parenté :

Nom : Prénom : Tel : Lien de Parenté :

Nom : Prénom : Tel : Lien de Parenté :

Nom : Prénom : Tel : Lien de Parenté :

Personne à prévenir et à récupérer votre (vos) enfant(s) en cas d'absence des parents :

M., Mme : Tel :

Adresse :

V) AUTORISATION MÉDICALE

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à

le

Signature :

Documents OBLIGATOIRE à fournir pour l'inscription :

- 1 fiche de renseignement
- 1 fiche sanitaire de liaison
- 1 photo
- 1 attestation d'assurance extrascolaire
- Extraits du Carnet de santé (photocopie des pages vaccinations)
- Attestation Allocataire CAF ou MSA