

INFORMATION SUR L'ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : F / M Né(e) le :/...../.....

Ecole : Classe : P.A.I : oui / non

INFORMATION SUR LES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Si Interdit	NOM – Prénom de la personne concernée	Téléphone joignable	Lien de parenté avec l'enfant

INFORMATION SUR LES PERSONNES AYANT LA RESPONSABILITE DE L'ENFANTCélibataire mariés pacsés séparés divorcés autre **Garde alternée : IMPORTANT POUR LA FACTURATION** : merci de remplir alors 2 fiches de renseignements (1 par responsable payeur et indiquer les modalités de garde ci-après : exemple semaine paire / impaire, etc...)**Modalités de garde** :

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autre (préciser) :	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autre (préciser) :
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
C P : Ville :	C P : Ville :
Tél. fixe : portable :	Tél. fixe : portable :
Tél. professionnel en cas d'urgence :	Tél. professionnel en cas d'urgence :
E-mail :	E-mail :

ADRESSE OU DOIVENT ETRE ENVOYEEES LES FACTURES (si différente de l'adresse du responsable 1)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Signature du Payeur :

tournez la page SVP

AUTRES RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom du parent qui perçoit les allocations familiales :

Régime allocataire : CAF MSA autre (précisez).....

N° allocataire CAF : N° allocataire MSA :

AUTORISATIONS (cochez les cases)

Je soussigné(e).....

Agissant en qualité de père, mère, tuteur de l'enfant :.....

- **ATTESTE** avoir pris connaissance des modalités d'organisation générale de l'ALSH et/ou des autres services périscolaires (inclus le restaurant scolaire) ainsi que les conditions tarifaires et accepte les différents règlements intérieurs liés aux services.
- **ATTESTE** avoir été informé de l'intérêt de souscrire à un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels pouvant exposer les activités péri et extra-scolaires auxquelles mon enfant participe.
- **J'AUTORISE** les professionnels habilités par la CAF à consulter mon quotient familial sur les portails sécurisés de la CAF (CDAP):
Oui Non **(si non, fournir obligatoirement un document précisant le quotient familial, sans quoi ce sera automatiquement le tarif de la tranche D qui sera enregistré)**
- **J'AUTORISE** mon enfant à quitter seul l'ALSH Oui Non **(si oui, un document spécifique d'autorisation de sortie est à remplir auprès du service) JE DECHARGE** l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de l'ALSH de mon enfant si celui-ci se déplace seul. Il en est de même si mon enfant se déplace à une activité extérieure sur le temps du mercredi ou des vacances.
- **J'AUTORISE** la diffusion de photos incluant mon enfant dans un groupe, prises à l'occasion des animations dans :
la presse locale le bulletin Info Roc de la ville
le site internet de la ville la page Facebook de la ville
- **J'AUTORISE** mon enfant à participer aux différentes animations proposées après avoir eu connaissance de leur organisation générale. **Je m'engage** à cet effet à fournir ce qui est demandé (crème solaire, casquette, vêtements et chaussures adaptés à l'animation).
- **J'AUTORISE** les responsables de l'ALSH à faire transporter mon enfant pour les besoins des animations en car, en mini bus conduit par les animateurs, et le cas échéant en véhicule personnel de la direction. Je m'engage à cet effet à fournir un rehausseur homologué adapté à la taille et au poids de mon enfant de moins de 10 ans pour les sorties en mini bus. Sans cela, mon enfant ne pourra pas participer à l'animation.

Loi RGPD : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique exclusivement destiné à la gestion des inscriptions, à la facturation et au suivi des services scolaires, périscolaires et extrascolaires de la commune. Ce traitement est assuré par un logiciel spécifique (Noé, Société AIGA) déclaré à la CNIL.

- **J'AUTORISE** la structure à enregistrer mes données personnelles ci-dessus et les données médicales de mon enfant inscrites sur la fiche sanitaire de liaison dans leur logiciel de gestion.

Je certifie l'exactitude des renseignements sur la présente fiche.

Fait le : Lieu :

Signature :