

Dossier d'inscription à l'Accueil de loisirs de FLIXECOURT 2020-2021

(Merci de remplir UN formulaire par enfant et TOUTES les rubriques)

NOM : Prénom :

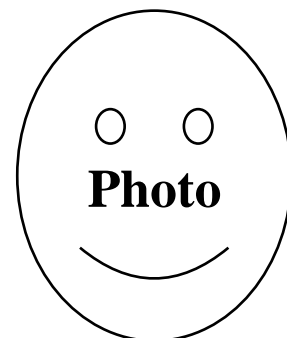
Né(e) le : / / à Age :

Adresse (complète) :

.....

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :@.....

Nom et N° d'assurance de l'enfant :



Renseignements	Responsable légal 1	Responsable légal 2	En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir est : Nom : Prénom : Tél : /...../...../...../.....
Qualité	Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>	
Nom – Prénom			
Né(e) le			
N° de téléphone portable			
Profession			
N° de téléphone de l'employeur			
N° Sécurité Sociale			

REGIME D’AFFILIATION :	Autre régime
Régime général et assimilés : <input type="checkbox"/> oui N° allocataire CAF : <input type="checkbox"/> non	
Régime agricole : <input type="checkbox"/> oui N° allocataire MSA : <input type="checkbox"/> non	

Je soussigné(e) M, Mme responsable légal de l'enfant :

L'autorise à rentrer seul à : (préciser l'heure/ les heures :))

Nous viendrons le chercher tous les jours à l'accueil

OU Autorise : M, Mme, Melle

M, Mme, Melle

M, Mme, Melle

à reprendre mon enfant (joindre une copie de la pièce d'identité)

SURTOUT DE L'ACCUEIL

Je soussigné(e) responsable de l'enfant déclare l'exactitude de ces renseignements, avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des Accueils de Loisirs organisés par l'AD PEP80 et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et décharge ces derniers de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ; autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, ...). De même, j'autorise le centre et l'Association PEP80 à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations liées aux activités des Centres. Par ailleurs, j'autorise l'Association PEP80, à consulter le site CDAP de la CAF, afin de connaître mon quotient familial pour adapter la facturation à ma situation. *Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter : pep80@pep80.fr ou AD PEP80 256 rue Saint-Honoré 80000 AMIENS. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.*

A Le : / / ...

Signature du représentant légal à faire précéder de la mention « lu et approuvé ».

Renseignements concernant la santé de l'enfant

☉ Votre enfant **est-il** Oui Non **allergique ?**

Si oui, précisez **la cause et la conduite à tenir** :

☉ Votre enfant suit-il un **régime alimentaire** Oui Non **spécifique ?**

Si oui, précisez :

☉ Votre enfant est-il **asthmatique ?** Oui Non

Si oui, quel traitement :

Nom et adresse du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

☉ Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

☉ En cas d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il ?

Des drains dans les oreilles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Des lunettes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Des lentilles de contact <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Des prothèses auditives <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	--	---

Renseignements concernant LES jours DE PRESENCE

Vous serez facturé uniquement des présences réelles de votre enfant sur l'accueil périscolaire

Autres renseignements que vous souhaitez nous donner :

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

A

Le : / /

Signature du représentant légal