FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Association Familles Rurales Les Fripouilles

|  |
| --- |
| L’ENFANTNOM : ……………………………… Prénom : …………………………… Date de Naissance : ………………………… Age : ……………………Adresse : ……………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| LES PARENTSParent 1 Parent 2NOM : …………………………................. NOM : ………………………….................Prénom : ………………………............... Prénom : ………………………...............Profession : ………………………………… Profession : …………………………………Employeur : ……………………………….. Employeur : ………………………….…….Tel travail : ………….……................... Tel travail : ………….……...................Portable : …………………………………… Portable : ……………………………………E-mail : ………………………………………………………….………………………………………….N° de Sécurité Sociale : ………………………………………………….……………………………….N° allocataire CAF ou MSA (obligatoire) : …………………………….…........................Quotient familial (avec justificatif) : ……………………………………...……………………… |
| Personnes autorisées à venir chercher mon enfant autre que les parents : ……………………………………...…………………………………………………………………………………………….. Tel : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ / \_ \_ ……………………………………...…………………………………………………………………………………………….. Tel : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ / \_ \_ |

|  |
| --- |
| Régime alimentaire particulier □ oui □ non SI OUI : SANS : …………………………….Nom du médecin traitant : ……………………………………..…………………………………. Téléphone : ……………………………………………………. |

|  |
| --- |
| AUTORISATIONS PARENTALESJe, soussigné(e), responsable de l’enfant, déclare l’exactitude des renseignements portés sur cette fiche, autorise le responsable du Centre de loisirs à prendre, dans le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales…) rendues nécessaires par l’état de l’enfant. Je m’engage à rembourser les frais médicaux, d’hospitalisation et d’opération éventuelle non remboursés par la sécurité sociale.J’atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour de toutes les vaccinations légales (en cas de contre-indication, fournir le certificat médical)Je suis informé(e) que le Centre de Loisirs est habilité à prendre connaissance de mes ressources déclarées, par l'intermédiaire du site de la CAF mon compte partenaire.Je reconnais avoir lu(e) et accepté(e) le règlement intérieur disponible sur <http://www.famillesrurales07.org/plats.html> |

|  |
| --- |
| AUTORISATION DE TRANSPORTS :J’autorise le transport de mon enfant en autocar, minibus, ou voitures particulières assurées pour le déplacement d’enfants, dans le cadre de sorties organisées par l’association. Oui □ Non □ |

|  |
| --- |
| AUTORISATION PHOTO / FILM :Dans l’hypothèse où votre enfant serait pris en photo, et / ou filmé, au cours d’activités et / ou de manifestations proposées, vous autorisez l’exposition et / ou la diffusion de ces photos (presse ou support de communication).Oui □ Non □ |

|  |
| --- |
| OBSERVATIONS / RECOMMANDATIONS DES PARENTS :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| TRAITEMENT DES DONNEES INFORMATIQUES :Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions au centre de loisirs sans hébergement, le destinataire des données est L’association Les Fripouilles. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à l’association. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL. |

Date ........ / …... / 20 ….. Signature(s) :