FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

La loco des Loisirs

2024

IDENTITE DE L'ENFANT

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE

N°allocataire CAF Aveyron : ____ ou N°allocataire MSA : ____

Nom de l'assurance responsabilité civile : ____

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :(précisez) ____

Nom : ____ Prénom : ____

Adresse : ____

Code postal : ____ Ville . ____

Téléphone fixe : ____ Tél. Portable : ____

Téléphone travail : ____

Mail : ____

Référents

Référent 1 (si différent du responsable légal)

Qualité : ☐ Père / ☐ Mère / ☐ Autre (précisez. ____)

Nom : ____

Prénom : ____

Adresse *(si différente)*: ____

Code postal : ____ Ville : ____

Téléphone fixe : ____

Tél. Portable : ____

Téléphone travail : ____

Mail : ____

Référent 2

Qualité : ☐ Père / ☐ Mère / ☐ Autre (précisez. ____)

Nom : ____

Prénom : ____

Adresse *(si différente)*: ____

Code postal : ____ Ville : ____

Téléphone fixe : ____

Tél. Portable : ____

Téléphone travail : ____

Mail : ____

FACTURATION : ☐ Responsable légal ☐ Référent 1 ☐ Référent 2

☐ J'accepte de recevoir mes factures par mail

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (hors responsable légal ou référents)

Nom	Prénom	Téléphone	Qualité

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

	OUI	NON	Précisez (si PAI, merci de fournir le protocole)
Asthme	☐	☐	
Allergie(s) alimentaire(s)	☐	☐	
Allergie(s) médicamenteuse(s)	☐	☐	
Régime alimentaire particulier	☐	☐	

AUTRES RENSEIGNEMENTS :
Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, port de lentilles, lunettes, prothèses auditives :

Médecin traitant : Téléphone :

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise la publication de photographies (presse locale, programmes de vacances, support vidéo, site internet et réseaux sociaux ...) où figure mon enfant. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à la réputation ou à la vie privée.

OUI ☐ NON ☐

RAMASSAGE MERCREDI CAPDENAC :

Pour les enfants scolarisés sur l'école maternelle et élémentaire de Capdenac Gare (Beau Soleil, Pierre Riols)

J'autorise un animateur du centre de loisirs à récupérer mon enfant dans son école, à l'issue de sa demi-journée de classe du mercredi matin : OUI ☐ NON ☐ ÉCOLE : CLASSE :

DEPLACEMENTS - SORTIES :

J'autorise mon enfant à participer aux déplacements et sorties organisés dans le cadre du Centre de Loisirs (transfert de sites et transport : bus avec chauffeur, minibus, et exceptionnellement voitures particulières.) OUI ☐ NON ☐

Je soussigné, .responsable légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance et accepte la notice d'informations, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Tout changement relatif aux informations transmises doit impérativement être signalé au Centre de Loisirs.

Date :

Signature du Responsable légal.
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Pièces à fournir :

- **Photocopie des vaccinations,**
- **Attestation de Quotient Familial CAF Aveyron - Janvier 2024 - si inférieur à 800€**

Ou

- **Pass Accueil MSA 2024**
- **Copie intégrale du dernier avis d'imposition (si non imposable) pour les familles de Capdenac-Gare et Sonnac**

Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion du Centre de Loisirs. Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « informatique et libertés », n°78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant.