

**FAMILLE**

Responsable(s) légal(aux) de(s) enfant(s) \*  Père  Mère

\* Famille d'accueil merci de compléter la fiche sanitaire (disponible en téléchargement ou aux guichets)

Nom et Prénom de la mère (ou conjoint) :

.....

Adresse :

.....

Code postal et ville :

.....

 Domicile : .....

 Portable : .....

 Professionnel : .....

Email : .....

Nom et Prénom du père (ou conjoint) :

.....

Adresse :

.....

Code postal et ville :

.....

 Domicile : .....

 Portable : .....

 Professionnel : .....

Email : .....

Profession et adresse employeur :

.....

.....

Profession et adresse employeur :

.....

.....

Situation familiale :

marié

pacsé

vie maritale

célibataire

veuf

divorcé

garde alternée

Régime allocataire :

CAF : N° .....


MSA : N° .....

**AUTORISATION**

Je soussigné(e) ....., responsable légal de(s) enfant(s).....

 Certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier


Autorise :

 Mon(mes) enfant(s) à partir seul de la structure

Oui

Non

*Si OUI seule la responsabilité des parents est engagée*


 Les personnes suivantes à récupérer mon(mes) enfant(s) :


Nom Prénom : .....  ..... Lien familial .....

Nom Prénom : .....  ..... Lien familial .....


Nom Prénom : .....  ..... Lien familial .....

Nom Prénom : .....  ..... Lien familial .....

 En cas d'urgence, les directions des structures à prévenir les secours qui prendront toutes les mesures utiles et feront procéder aux actes, traitements médicaux et chirurgicaux nécessaires à la santé de mon(mes) enfant(s)

 Mon(mes) enfant(s) à participer à toutes les activités y compris piscine, baignade, vélo, sortie quel que soit le transport utilisé, ceci pour toutes les présences de ce(s) dernier(s) dans les structures concernées

 La CDC Médoc Cœur de Presqu'île à consulter exclusivement mon quotient familial par l'intermédiaire du service CDAP de la CAF

 Accepte que les factures soient transmises par mail

Oui

Non

ENFANTS

Nom et prénom :

.....

Date de naissance : .....

Sexe  masculin  féminin

Ecole : .....

Classe : .....

Il fréquentera :

- APS de son école  
 ACM La Garosse  
 ACM Anne Frank  
 ACM Beaugency  
 ACM Bégadan  
 Espaces Jeunesse Cissac Pauillac St Laurent

Suit-il un traitement médical\*  Oui  Non

Est-il allergique\*  Oui  Non

Nom et prénom :

.....

Date de naissance : .....

Sexe  masculin  féminin

Ecole : .....

Classe : .....

Il fréquentera :

- APS de son école  
 ACM La Garosse  
 ACM Anne Frank  
 ACM Beaugency  
 ACM Bégadan  
 Espaces Jeunesse Cissac Pauillac St Laurent

Suit-il un traitement médical\*  Oui  Non

Est-il allergique\*  Oui  Non

Nom et prénom :

.....

Date de naissance : .....

Sexe  masculin  féminin

Ecole : .....

Classe : .....

Il fréquentera :

- APS de son école  
 ACM Garosse  
 ACM Anne Frank  
 ACM Beaugency  
 ACM Bégadan  
 Espaces Jeunesse Cissac Pauillac St Laurent

Suit-il un traitement médical\*  Oui  Non

Est-il allergique\*  Oui  Non

Nom et prénom :

.....

Date de naissance : .....

Sexe  masculin  féminin

Ecole : .....

Classe : .....

Il fréquentera :

- APS de son école  
 ACM Garosse  
 ACM Anne Frank  
 ACM Beaugency  
 ACM Bégadan  
 Espaces Jeunesse Cissac Pauillac St Laurent

Suit-il un traitement médical \*  Oui  Non

Est-il allergique\*  Oui  Non

\* Si oui merci de compléter la fiche sanitaire (disponible en téléchargement ou aux guichets)

Je soussigné (e), ....., représentant légal de(s) l'enfant(s).....

**Atteste sur l'honneur :**

- Avoir l'autorité nécessaire pour inscrire mon enfant,  
 Avoir pris connaissance du Projet Pédagogique et du Règlement Intérieur des structures consultables sur site

Date

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné aux ACM. Les destinataires des données sont les directeurs des accueils de loisirs, les responsables des services Enfance, le service comptabilité et, si nécessaire, le service social de la collectivité. Ces informations sont strictement confidentielles. (loi RGPD)

Communauté De Communes Médoc Cœur de Presqu'île

✉ 10, place du Maréchal FOCH 33340 LESPARRE MEDOC ☎ 05.56.41.66.60 @ cdc@medoc-cpi.fr


Guichet famille Lesparre @ guichet.famille@medoc-cpi.fr/ Guichet unique Pauillac @ info.famille@medoc-cpi.fr


Année :

**ENFANTS**


Nom : ..... Prénom : .....


Date de naissance : ..... Sexe  masculin  féminin

Nom et prénom du père : .....  .....

Nom et prénom de la mère : .....  .....

En cas d'absence des parents prévenir :


Nom Prénom : .....  ..... Lien familial .....

Nom Prénom : .....  ..... Lien familial .....

Régime alimentaire : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Médecin traitant :

Nom : .....  .....

Mon enfant :

Suit un traitement médical  Non  Oui Préciser : .....

A une allergie alimentaire  Non  Oui Préciser : .....

A une allergie médicamenteuse  Non  Oui Préciser : .....


A un autre soucis de santé  Non  Oui Préciser : .....


La santé de mon enfant nécessite un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I)


Non  Oui fournir le document

**SUIVI ENFANT**

Si vous le souhaitez, vous pouvez indiquer les coordonnées du professionnel accompagnant votre famille ou votre enfant :

Assistante sociale Nom : .....  .....

Educateur Nom : .....  .....

Famille accueil Nom : .....  .....

**ACCUEIL ENFANT**

Vous pouvez noter ci-dessous tous renseignements nécessaires pour le bien-être de votre enfant :

.....

Je soussigné(e), ....., représentant légal de l'enfant .....

Date

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné aux ACM. Les destinataires des données sont les directeurs des accueils de loisirs, les responsables des services Enfance, le service comptabilité et, si nécessaire, le service social de la collectivité. Ces informations sont strictement confidentielles. (loi RGPD)


# Autorisation de droit à l'image

Année scolaire :

Je soussigné(e) :	(Nom du représentant légal)
Nom et prénom de l'enfant :	

Autorise  N'autorise pas

La Communauté de Communes Médoc Cœur de Presqu'île, à photographier ou à filmer mon enfant présent sur les structures d'accueil.

A utiliser ces photos sur tout support d'information relatif à la promotion des activités des accueils fréquentés dont la page  Médoc Cœur de Presqu'île.

La publication ou la diffusion de l'image de mon enfant, ne devra pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée ou à sa réputation.

Ces données ne seront ni cédées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent mon enfant est garanti.

- article 39 bis de la loi du 29 juillet 1881 sur la protection des mineurs et la liberté de la presse;
- article 227-23 du Code Pénal sur l'interdiction de représenter des personnes mineures;
- article 9 du Code Civil;

Je pourrai donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et je dispose d'un droit de retrait si je le juge utile.

Je pourrai faire valoir mes droits d'accès, de rectification et de suppression des données qui me concernent (art 34 de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978). Ce droit s'exerce auprès de M. le Président de la Communauté de Communes Médoc Cœur de Presqu'île, 10 place du Maréchal FOCH 33340 LESPARRÉ.

Date et signature du représentant légal  
Lu et approuvé