

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 :

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'accueils Jeunesse, Enfance et Petite Enfance.

A utiliser ces photos ou films sur tout support d'information relatif à la promotion des activités des accueils fréquentés dont la page facebook, le site internet Médoc Cœur de Presqu'île et la presse.

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.

J'accorde cette autorisation à titre gracieux. La présente autorisation est consentie sans limitation de durée.

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.

Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données (« RGPD ») du 27 avril 2016 et à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, à l'effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu'à opposition en contactant le référent RGPD de la Communauté de Communes au 05.56.41.66.60.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL en cas de méconnaissance des dispositions susvisées.

Date et signature du représentant légal
Lu et approuvé