

Les informations recueillies sur ce dossier d'inscription sont archivées par : Loisirs Jeunes de Plumelin dans le but de la prise en charge de l'enfant. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées à l'équipe encadrante. Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : Julien LEMERCIER – 07.89.22.26.87

INFORMATIONS GENERALES

L'ENFANT :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Sexe : Date de naissance :

Ecole : Classe : Brevet Nat. :

PARENT 1 : Mère / Père / tuteur (à entourer) :

Nom, Prénom : Né(e) le ___/___/___

Situation familiale:

Email :

Adresse du domicile :
.....

Tél. fixe: ___/___/___/___/___ Tél. Pro ___/___/___/___/___ Tél. Portable :
___/___/___/___/___

N° de sécu (dont l'enfant dépend)

.....

REGIME SOCIAL DONT L'ENFANT DEPEND : CAF / MSA (entourer) PRECISER DE QUEL
DEPARTEMENT EST L'ORGANISME :

PARENT 2 : Mère / Père / tuteur (à entourer) :

Nom, Prénom : Né(e) le
___/___/___

Email :@.....

Adresse (si différente parent 1)

Tél. fixe: ___/___/___/___/___ Tél. Pro ___/___/___/___/___ Tél. Portable :
___/___/___/___/___

Règlement Intérieur :

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

A Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



Dossier d'inscription pour le Loisirs Jeunes

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Sexe : Date de naissance : Poids: Taille:

Médecin traitant + N° de téléphone :

Autorisation d'intervention médical : _____

Assurance responsabilité civile (fournir une copie) :

Type de repas : Allergie repas:

Vaccins obligatoires :

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite OUI NON Date du dernier rappel : _____

Si le mineur n'a pas ce vaccin, joindre un certificat médical de contre-indication datant de moins de 3 mois

L'enfant a-t-il des allergies, des difficultés de santé, ou un régime alimentaire particulier:

Est-ce qu'un PAI (protocole d'accueil individualisé) est à mettre en place avec le Loisirs Jeunes ?

OUI NON

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires ?

Personnes à prévenir en cas d'accident (n° tél)	Personnes habilitées à récupérer l'enfant (en dehors des parents)

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____ DATE : _____ SIGNATURE :

Autorisation parentale

Je soussigné(e), _____ Père, Mère, Tuteur (rayer la mention inutile)

1° autorise la direction du Loisirs Jeunes à prendre toutes mesures nécessaires auprès du médecin ou de l'hôpital, ceci en cas d'urgence et autorise le médecin et l'hôpital à pratiquer toute intervention nécessaire.

2° autorise mon enfant à participer aux activités du Loisirs Jeunes sous la responsabilité du personnel d'encadrement.

3° autorise mon enfant à utiliser les transports du Loisirs Jeunes.

4° autorise :

	OUI	NON
L'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités de l'accueil de loisirs (site internet de la commune, réseaux sociaux, journaux locaux) pour une durée de 10 ans.		
L'équipe d'animation ou les personnes bénévoles à véhiculer mon enfant pour les activités.		
Mon enfant à avoir quartier libre (entre jeunes) lors des sorties organisées		
Mon enfant à rentrer seul après l'activité		

A _____ le _____ Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

En soumettant, ce formulaire j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de la prise en charge de l'enfant.