



3 - 17 ans

PHOTO DE
L'ENFANT

EN CAS
D'ALLERGIES
OU PAI

- Choix du site de l'accueil de loisirs/jeunesse

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Minihiy-Tréguier | <input type="checkbox"/> La Roche-Derrien | <input type="checkbox"/> Cavan |
| <input type="checkbox"/> Plouaret | <input type="checkbox"/> Pleudaniel (Petites vacances) | <input type="checkbox"/> Pleubian (été) |

- Renseignements concernant l'enfant

Nom et prénom : Garçon Fille

Date et lieu de naissance : le à

- Renseignements concernant les parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

Père	Mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date et lieu de naissance : le à	Date et lieu de naissance : le à
Adresse complète :	Adresse complète :
.....
Téléphone :	Téléphone :
Courriel :	Courriel :
<input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf
<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés	

Autre représentant légal : Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : le à

Adresse complète :

Téléphone : Courriel :

- Conjoint(s) (si parents remariés/re-pacsés...)

Conjoint(e) du père	Conjoint(e) de la mère
<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Union libre	<input type="checkbox"/> Marié(e)s <input type="checkbox"/> Pacsé(e)s <input type="checkbox"/> Union libre
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone :	Téléphone :

- Renseignements complémentaires

La facture doit être envoyée au nom de : M..... Mme..... MDD.....

Numéro allocataire CAF :

Numéro de matricule MSA :



- Autorisations

Autorise le CIAS à accéder à mes données personnelles sur le site de la CAF :

Oui Non

Autorise :

• Le personnel encadrant à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires (soins sur place, hospitalisation, ...).

Je prends note qu'en cas d'accident, je serai prévenu(e) par le personnel encadrant dans les plus brefs délais.....

Oui Non

• Mon enfant à participer à toutes les activités y compris baignades, sorties, activités sportives.....

Oui Non

• Mon enfant à utiliser les moyens de transports mis à disposition (car, minibus).....

Oui Non

• Mon enfant à quitter seul la structure d'accueil après l'activité.....

Oui Non

Liste des personnes autorisée à venir chercher l'enfant

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Données personnelles

Le CIAS s'engage à :

- Ne pas porter atteinte à la réputation et à la vie privée de la personne photographiée
- Ne pas communiquer dans les légendes des informations susceptibles de rendre identifiable l'enfant et sa famille
- Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de vos données personnelles en accord avec la loi « informatique et liberté » du 6/12/1978. Vous pouvez adresser un courrier à cette adresse « CIAS LTC – Correspondant CIL, 1 rue Monge CS 10761 22307 Lannion Cedex », afin d'exercer ce droit.

Approbation du règlement

Je, soussigné..... responsable légal de déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des ALSH 3-12 ans du CIAS LTC.

Je m'engage à le respecter ainsi que les possibles modifications afin d'en améliorer son contenu.

Tout manquement au présent règlement pourra entraîner, sur décision du président du CIAS de LTC, l'exclusion de l'enfant de la structure.

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

Atteste l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche de renseignements et la fiche sanitaire et informera la structure d'accueil du CIAS de tout changement de situation.

Fait à :

Le.....

Signature des parents

Pièces justificatives à joindre

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiche de renseignements complétée, signée | <input type="checkbox"/> Attestation CAF ou MSA mentionnant le quotient familial |
| <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire complétée, signée (CERFA 85-0233) | <input type="checkbox"/> En cas d'allergie alimentaire et/ou de problèmes de santé particulier : joindre le projet d'Accompagnement Individualisé (PAI) et une photo |
| <input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de santé justifiant les vaccinations de l'enfant | |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité | |



CENTRE INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE
KREIZENN OBEREREZH SOKIAL ETREKUMUNEL

1, rue Monge - CS 10761 - 22307 LANNION Cedex
1, strada Monge - CS 10761 - 22307 LANNUNO Cedex

Tél/Pgz 02 96 05 09 00
Fax/Faks 02 96 05 09 01

communaute.agglomeration@lannion-tregor.com

www.lannion-tregor.com