



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ALAE/ALSH

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT		
Nom :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
Adresse :		
Etablissement scolaire fréquenté :		Classe :
<b>Assurance :</b> Je reconnais avoir été informé de l'intérêt de souscrire en plus de la responsabilité civile, une garantie individuelle accident auprès de ma compagnie d'assurance.		Nom de la compagnie :  N° de contrat :
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX		
Responsable légal 1	Responsable légal 2	
Nom :	Nom :	
Prénom :	Prénom :	
Qualité : (père, mère, tuteur...) :	Qualité : (père, mère, tuteur...) :	
Profession :	Profession :	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Séparés, si oui précisez le mode de garde : <input type="checkbox"/> Autres (famille d'accueil...):		
Adresse :	Adresse :	
Adresse de facturation : <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Resp légal 1 <input type="checkbox"/> Resp légal 2 <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :		
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	Téléphone portable :	
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :	
Adresse électronique :	Adresse électronique :	
Régime social : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA	Régime social : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA	
N° allocataire CAF ou MSA :	N° allocataire CAF ou MSA :	
Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :		
Nom et prénom :	Nom et prénom :	
Qualité :	Qualité :	
Téléphone :	Téléphone :	
Nom et prénom :	Nom et prénom :	
Qualité :	Qualité :	
Téléphone :	Téléphone :	

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant

Autorise celui-ci à partir seul de la structure :

OUI

NON

Autorise celui-ci à participer aux activités et sorties organisées par la structure y compris lorsque celles-ci se déroulent à l'extérieur des bâtiments principaux (proximité immédiate) :

OUI

NON

Autorise le personnel à utiliser des supports audiovisuels (photos, vidéos, voix...) en vue d'une diffusion externe : presse, site internet et page Facebook de la ville :

OUI

NON

Autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant :

OUI

NON

Autorise le service administratif à accéder au service CAF (Mon compte partenaire) afin de connaître mon quotient familial et appliquer le tarif correspondant :

OUI

NON

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions :

OUI

NON

Accepte le traitement de mes données personnelles et celles de mes enfants :

OUI

NON

*Mentions RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) ci-dessous*

Je soussigné(e),  
portés sur ce document.

responsable légal déclare exacts les renseignements

### DOCUMENTS A FOURNIR

- Attestation d'assurance extrascolaire (responsabilité civile et individuelle accident)
- Copie du livret de famille pour les enfants de 3 ans.
- Copie du carnet de vaccinations de vos enfants.
- Pour les parents séparés, merci de fournir une copie de l'ordonnance fixant le planning de garde des enfants
- Le dernier avis d'imposition si vous n'avez pas de n° CAF ou MSA (celui des deux parents en cas de déclaration séparée)

A

Le        /        /

**Signature obligatoire**

### Mentions RGPD :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées :

Dans un fichier enregistré papier et/ou informatisé par :

- o Les directeurs et secrétariat de la structure,

Sous contrôle du chef du service sport et jeunesse (Laurent BELOT – l.belot@ville-lavaur.fr – 05 63 58 09 60)

Les données sont conservées :

Tout au long de la participation de l'intéressé aux actions de la structure.

Vous pouvez :

accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données

retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.

vous opposer au traitement de vos données.

exercer votre droit à la portabilité de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le service de la Direction Générale des Services à :

[mairie@ville-lavaur.fr](mailto:mairie@ville-lavaur.fr) Place Général Sudre 81500 LAVAUUR – 05 63 83 12 20

Consulter le site de [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....