



# Fiche inscription

## Accueil de loisirs sans hébergement PLOUEZOC'H

Date du dossier:.....

### Enfant

Nom:.....

Date de naissance:.....

Prénom:.....

Lieu de naissance:.....

### Responsables de l'enfant

Nom:.....

Nom:.....

Prénom:.....

Prénom:.....

Père  Mère  Responsable légal

Père  Mère  Responsable légal

Portable:.....

Portable:.....

Fixe:.....

Fixe:.....

Mail:.....

Mail:.....

Adresse:.....

Adresse:.....

.....

.....

Code postal:..... Ville:.....

Code postal:..... Ville:.....

N° sécurité sociale:.....

N° sécurité sociale:.....

Quotient familial CAF:.....

Quotient familial CAF:.....

N° allocataire CAF:.....

N° allocataire CAF:.....

Quotient familial MSA:.....

Quotient familial MSA:.....

Autre régime:.....

Autre régime:.....

### Renseignements sanitaires à signaler à l'organisateur

Allergie(s):.....

Régime particulier:.....

Maladie(s):.....

Traitement(s):.....

Autre(s):.....

.....

## Personnes à prévenir en cas d'urgence (autre que les tuteurs légaux)

Nom:.....

Nom:.....

Prénom:.....

Prénom:.....

Lien de parenté:.....

Lien de parenté:.....

Portable:.....

Portable:.....

Fixe:.....

Fixe:.....

Adresse:.....

Adresse:.....

.....

.....

Code postal:..... Ville:.....

Code postal:..... Ville:.....

## Autorisation parentale

Je soussigné(e), .....

Responsable de l'enfant .....

- Certifie l'exactitude des données renseignées sur cette fiche
- Autorise l'équipe à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Reconnais avoir pris connaissance du livret d'accueil de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement.
- Autorise mon enfant à se baigner (certificat médical d'aptitude demandé pour certaines activités).

Oui

Non

- Autorise l'ULAMiR-CPIE de Lanmeur à utiliser des images photographiques et vidéos de mon enfant dans le cadre de l'illustration de ses activités auprès du public.

Oui

Non

- Ai conscience de mon intérêt à souscrire à mon assurance couvrant les dommages corporels auxquels s'expose mon enfant dans le cadre des activités auxquels il participe (Art L.227-4 Code de l'action sociale et des familles).

Fait à ....., Le .....

Signature(s):

### Pièces à joindre à cette fiche

- Attestation QF CAF ou MSA (si adhérent).

-Certificat médical du médecin de vaccination à jour et de non contre-indication aux activités de baignade.

**En inscrivant votre enfant, il souscrit à une adhésion de 8 euros qui sera intégrée à votre première facture.**

Conformément à la loi n°78-du 6 janvier 1978, et au Règlement (UE) 2016/679 dit « Règlement Général sur la Protection des Données », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement, de retrait et de portabilité de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant par email à l'adresse suivante : [alsh.ulamircpie@gmail.com](mailto:alsh.ulamircpie@gmail.com). Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))