

## ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....  Filles  Garçon

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

N° Allocataire de l'enfant (obligatoire): ..... Quotient familial (au 1er Janvier):.....

CAF 56  CAF 35  MSA\*  Autre régime\* (\* Fournir une attestation de qf au 1er janvier)

L'enfant bénéficie t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  Oui\*  Non (\* Fournir une copie)

Régime alimentaire: .....

N° à contacter en cas d'urgence: ...../.....

Mon enfant peut être pris en photo:  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

VACCINS : Fournir une copie des pages de vaccinations du carnet de santé (Obligatoire).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : Si l'enfant suit un traitement médical, il est impératif de fournir une ordonnance récente. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

MALADIES :  Asthme  Varicelle  Angine  Otite  Oreillons  Rubéole  
 Coqueluche  Rougeole  Scarlatine  Rhumatisme articulaire

ALLERGIES  MEDICAMENTEUSES  ALIMENTAIRES AUTRES : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:  
.....  
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires ? A t-il été victime d'un accident, de crises convulsives, hospitalisations, opérations, etc  
.....  
.....

Votre enfant est il suivi par un professionnel de santé? (Psychomotricien, Orthophoniste,...)  
.....  
.....

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

Un enfant peut quitter l'accueil de loisirs uniquement en présence du représentant légal, cependant, ce dernier peut désigner une ou plusieurs personnes MAJEURES qui devront se munir d'une pièce d'identité. (Formulaire disponible auprès du directeur)

Adresse de Facturation:  Le Foyer  Autre (Nom et adresse).....

RESPONSABLE LEGAL 1  Père  Mère  Autre: .....

Situation Familiale :  Marié(e)  Séparé(e)/Divorcé(e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)  Célibataire  Union Libre

Nom : ..... Prénom : ..... Date et Lieu de naissance : .....

Adresse : ..... Commune : .....

N° Sécurité sociale : .....

Téléphone (fixe / portable/ Bureau) : ...../..... /.....

Adresse Mail : .....

Nom et N° de l'Employeur : ...../.....

**RESPONSABLE LEGAL 2 :**  Père  Mère  Autre: .....

Situation Familiale :  Marié(e)  Séparé(e)/Divorcé(e)  Pacsé (e)  Veuf(ve)  Célibataire  Union Libre

Nom : ..... Prénom : ..... Date et Lieu de naissance : .....

Adresse : ..... Commune : .....

N° Sécurité sociale : .....

Téléphone (fixe / portable/ Bureau) : ...../...../.....

Adresse Mail : .....

Nom et N° de l'Employeur : ...../.....

**AUTRE RESPONSABLE :**  Père  Mère  Autre: .....

Situation Familiale :  Marié(e)  Séparé(e)/Divorcé(e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)  Célibataire  Union Libre

Nom : ..... Prénom : ..... Date et Lieu de naissance : .....

Adresse : ..... Commune : .....

N° Sécurité sociale : .....

Téléphone (fixe / portable/ Bureau) : ...../...../.....

Adresse Mail : .....

Nom et N° de l'Employeur : ...../.....

**AUTORISATIONS PARENTALES :**

Je soussigné ( e ) ....., responsable de l'enfant .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s'engage à signaler par écrit toute modification importante (vaccin, changement d'adresse ou numéro de téléphone, changement de situation familiale) auprès du responsable de l'ALSH.

Déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur (téléchargeable sur le site internet de l'OBC)

M'engage à rembourser l'OBC du montant des frais médicaux avancés par celle-ci si nécessaire.

Autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et à utiliser les photos sur les supports de promotion des structures.

Autorise mon enfant à utiliser les transports organisés par l'OBC dans le cadre des activités et sorties

Autorise l'OBC à utiliser mon N° Allocataire (CAF/MSA) pour toute démarche administrative utile à la structure (fournir attestation du quotient familial)

**RAPPEL IMPORTANT (voir règlement intérieur) :** Le responsable et l'équipe d'animation ont l'autorisation de prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical et/ou interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, sur avis médical des professionnels de la santé en cas d'incapacité de joindre les parents, même sans accord parental.

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR :**

Je soussigné(e) .....reconnais que toute modification dans les renseignements portés ci-dessus fera l'objet d'une correction de la présente attestation. En vertu du règlement Général sur la Protection des Données applicable au 25/05/2018, les personnes concernées par la collecte des données à caractère personnel doivent faire l'objet d'informations relatives au traitement de ces données (art.13 du RGPD). De l'Oust à Brocéliande Communauté, en sa qualité de responsable de traitement collecte vos données à caractère personnel pour l'inscription aux activités organisées par le service Jeunesse de l'OBC. Vos données sont conservées pour une durée qui n'excède pas deux ans dans la collectivité ou, pour les services payants, une durée nécessaire au recouvrement des sommes dues. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement de vos données, de limitation ou d'opposition au traitement et du droit à la portabilité. Vous disposez également du droit de retirer à tout moment votre consentement le droit échéant et du droit d'introduire une réclamation auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Oust à Brocéliande.

**SIGNATURES :**

**DATE :**