

**FICHE ACCUEIL****ACCUEIL DE LOISIRS DE VILLELONGUE**Nom, Prénom : 

Né(e) le :

Garçon Fille Ecole : Classe : **PARENTS**Représentant légal :  Tél. domicile  Autre tél. Adresse : Régime social :  Assurance : CAF de :  N° CAF :  N° de contrat : **PERE :**Tél. Portable : Tél. Travail : Employeur : **MERE :**Tél. Portable : Tél. Travail : Employeur : 

Autres personnes à joindre en cas d'accident et/ou autorisées à récupérer l'enfant

**MEDICAL**Médecin traitant :  Tél. médecin : Adresse médecin : Lieu hospitalisation : Observations médicales : **AUTORISATIONS**

- J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile. Je précise les conditions de mon autorisation.
- J'autorise le personnel d'encadrement à photographier, filmer, mon enfant dans le cadre de ses activités. Les images pourront être utilisées dans le respect de la législation.
- J'autorise le personnel responsable à prendre toutes mesures nécessaires (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre de l'accueil péri et extra scolaire et prendre les moyens de transports utilisés.
- J'autorise la Direction du Centre à consulter mon compte CAFPRO sur internet.

M.....

responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'ai bien pris connaissance qu'en cas d'absence d'observations, de renseignements médicaux, psychologiques, ... absents ou erronés la responsabilité de la structure serait dévolue.

J'accepte le règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

Je reconnais être informé du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés.

Date...../...../.....

Signature

VEUILLEZ COMPLETER OU MODIFIER LES ZONES GRISEES

\*Conformément à l'article 27 de la Loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant dont nous sommes seuls destinataires