



renseignement de l'enfant

NOM : **PRÉNOM:**

Né(e) le : **Sexe :** F ☐ M ☐ **Nationalité :**

Classe : **Nom de l'Enseignant :**

Contre-indication, Allergies (médicamenteuse ou alimentaire), Régime alimentaire particulier :

.....
.....

PAI : OUI ☐ NON ☐

PÈRE - MÈRE		PÈRE - MÈRE	
Situation Familiale : Ensembles ☐ Séparés ☐			
En cas de parents séparés, merci d'indiquer le mode de garde :			
Responsable Légal : OUI ☐ NON ☐	Responsable Légal : OUI ☐ NON ☐		
NOM Prénom:	NOM Prénom:		
Profession:	Profession:		
Adresse :	Adresse :		
Tel. Fixe : / / / /	Tel. Fixe : / / / /		
Tel. Portable : / / / /	Tel. Portable : / / / /		
Tel. Professionnel : / / / /	Tel. Professionnel : / / / /		
Adresse e-mail :	Adresse e-mail :		
Nom de l'Allocataire :		N° Allocataire : Régime :	

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET INDISPONIBILITE DU RESPONSABLE LEGAL

NOM Prénom : **Qualité :**

Tel. Portable: / / / / **Tel. Fixe :** / / / / **Tel. Professionnel :** / / / /

PERSONNES HABILITÉES À VENIR RECUPÉRER LE(S) ENFANT(S)

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tel. Portable	Tel. Fixe

Pièces à joindre :

- ☐ L'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant **et** l'assurance individuelle accident au nom de l'enfant,
- ☐ Justificatif de domicile de moins de 3 mois,
- ☐ La copie d'une attestation de la CAF à jour,
- ☐ La copie des vaccins du carnet de santé à jour,
- ☐ Une copie du jugement de garde si parents séparés,

Je **soussigné(e)****déclarant** sur
l'honneur avoir le plein exercice de l'autorité parentale :

MEDICAL :

♦ Autorise en cas d'urgence, le ou la responsable de la structure à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.

Nom et Coordonnées du Médecin traitant :

NOM : Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : / / / /

DROIT A L'IMAGE / ACTIVITES :

Autorise l'utilisation par l'Association Léo Lagrange ou la Commune, pour sa communication, des photos prises lors des animations sur lesquelles pourraient apparaître mon enfant : **Oui ☐ NON ☐**

☐ Autorise mon enfant à participer aux diverses activités et sorties organisées par l'accueil de loisirs.

NON ☐

FINANCIER :

☐ Autorise le gestionnaire, LÉO LAGRANGE à me transmettre, en priorité, toutes les factures m'incombant par voie numérique, sous réserve que l'adresse de messagerie numérique soit fournie. Je m'engage à fournir une adresse numérique active et à jour.

☐ **M'engage à régler l'intégralité des frais m'incombant, sous peine de résiliation du contrat à mes dépens.**

☐ Autorise mon enfant (si âgé de plus de 6 ans) à rentrer seul du périscolaire jusqu'à son domicile.

NON ☐

☐ Autorise seulement les personnes habilitées à récupérer mon enfant le soir. Ces dernières seront munies d'une pièce d'identité et âgées de 18 ans révolus.

☐ Autorise le gestionnaire, Léo Lagrange à collecter numériquement les données de ce présent dossier et à les conserver pour une durée minimale ou maximale de 5 ans, conformément à la RGPD, pour un usage strictement interne à l'association. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations. **NON ☐**

☐ M'engage à faire connaître toute modification des informations demandées par ce présent document et à fournir les pièces justificatifs le cas échéant.

COMPORTEMENT CIVIQUE :

♦ M'engage à ce que mon enfant ait un comportement correct et respectueux, conformément au règlement intérieur.

♦ Reconnais avoir signé et pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

♦ M'engage à prévenir le/la responsable de la structure en cas d'absence de mon enfant et à **respecter les délais d'annulation et d'inscription.**

Le présent dossier d'inscription ne sera effectif qu'une fois tous les éléments reçus.

Fait à, le/...../.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Périscolaire de Sainte-Marie / Léo Lagrange Centre Est
4 Chemin de la Chauillère 25113 Sainte-Marie
Mr Léon Koffi
06-30-79-59-76
Leon.koffi@leolagrange.org