

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Délibération DE-008-202
Conseil Communautaire du 02/02/2022

ALSH de Barbaste / Lamontjoie / Mézin / Moncrabeau / Montesquieu / Lavardac

Documents à fournir :

- Copie du livret de famille (pages concernant les parents et les enfants)
- Attestation d'assurance en responsabilité civile couvrant les activités extra scolaires et périscolaires
- Copie de la décision de justice notifiant les modalités de résidence et de garde en cas de divorce ou séparation
- PAI si traitement médical
- Autorisation manuscrite des parents indiquant les personnes habilitées à venir chercher l'enfant
- Justificatif régime allocataire (attestation CAF ou MSA)

ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance : __ / __ / ____
Ecole :
Classe :

PHOTO

N° de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

CAF47 N° Allocataire : _____

MSA47 N° Allocataire : _____

Je soussigné(e) _____ autorise le service Enfance Jeunesse d'Albret Communauté à vérifier mon quotient familial sur le site web de la CAF ou de la MSA.

Responsable légal (Adresse de facturation) : père mère

Nom : Prénom :

Adresse :

CP / Ville :

Tél domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable : __ / __ / __ / __ / __

Adresse courriel :@.....

Situation familiale : célibataire / vie maritale / marié (e) / pacsé (e)

séparé(e) / divorcé(e) / veuf, veuve.

Profession : Tél professionnel : __ / __ / __ / __ / __ (autre que le téléphone du parent)

Employeur :

Adresse de l'employeur :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Responsable légal: père mère

Nom : Prénom :

Adresse :

CP / Ville :

Tél domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable : __ / __ / __ / __ / __

Adresse courriel :@.....

Situation familiale : célibataire / vie maritale / marié (e) / pacsé (e)
 séparé(e) / divorcé(e) / veuf, veuve.

Profession : Tél professionnel : __ / __ / __ / __ / __ (autre que le téléphone du parent)

Employeur :

Adresse de l'employeur :

Renseignements
obligatoires,
même en cas de
séparation, sans
décision
judiciaire.

Assurance responsabilité civile et individuelle accident

Compagnie : N° de Contrat :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence : (Autorisation manuscrite annuelle est obligatoire pour chercher l'enfant)

Nom / Prénom : Lien avec l'enfant :

Tél domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable : __ / __ / __ / __ / __

Nom / Prénom : Lien avec l'enfant :

Tél domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable : __ / __ / __ / __ / __

Nom / Prénom : Lien avec l'enfant :

Tél domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable : __ / __ / __ / __ / __

Les données personnelles collectées par Albret Communauté sont destinées à l'inscription d'un enfant dans les accueils de loisirs d'Albret Communauté.

La base légale du traitement est : l'intérêt légitime.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : service petite enfance, enfance, jeunesse et service financier.

Les données sont conservées pendant 10 ans.

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

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : dpo@albretcommunaute.fr / 07 72 35 14 39.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits en matière de données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Renseignements concernant la santé de l'enfant

1 Vaccins :

J'atteste que les vaccins obligatoires sont à jour

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication)

2 L'enfant est-il allergique ?

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

3 Si l'enfant fait l'objet d'un traitement médical il devra avoir un Projet d'Accueil Individualisé :

Demander le document auprès de la structure.

4 Recommandations particulières pour la prise en charge de votre enfant :

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

6 Médecin traitant :

Nom : Tél: __ / __ / __ / __ / __

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

J'atteste qu'un dossier est en cours d'élaboration en date du

Je joins la notification AEEH

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, certifie avoir pris connaissance et accepter le règlement de fonctionnement.

Fait à Le __ / __ / ____ Signature



NB : ne pas oublier de nous signaler tout changement d'adresse ou de téléphone en cours d'année