



Cadre réservé à l'administration

P.A.I OUI - NON ☐ QF
 Droit à l'image OUI - NON ☐ Assurance
 Retour seul OUI - NON ☐ Justif. Dom.
 Autres : ☐ Vaccins

Photo

**Service Education Enfance Jeunesse
 Accueil de loisirs Château Bonheur**

1499, route de Vaudroulin – 50400 GRANVILLE – Tél. 02.33.79.32.10
chateau.bonheur@ville-granville.fr

Renseignements concernant l'enfant

Nom : Prénom : Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon
 Date de naissance :/...../..... et lieu de naissance : Dépt. :
 Ecole fréquentée : Classe actuelle :

Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant :

Lien de parenté avec l'enfant	☐ mère ☐ père ☐ tuteur	☐ mère ☐ père ☐ tuteur	☐ Famille d'accueil
Nom			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
Adresse du domicile (fournir justificatif domicile)			
Tél. domicile			
Tél. portable			
E-mail			
Profession			
Nom et adresse de l'employeur			
Tél. travail			

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom de l'assurance responsabilité civile : police n° : (fournir attestation assurance)
 Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :
☐ CAF ☐ CAF Maritime ☐ MSA ☐ Autres Numéro d'allocataire :
 Nom de l'allocataire : Lieu de caisse : (fournir attestation QF)

La ville de Granville est seule destinataire des informations recueillies pour faire l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions des bénéficiaires aux services proposés. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des Informations vous concernant, veuillez-vous adresser au service Education Enfance Jeunesse de la ville de Granville. Pour plus d'information, consultez les mentions légales de l'espace citoyens.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Allergies :	Asthme	☐ oui	☐ non	Médicamenteuse	☐ oui	☐ non
	Alimentaire	☐ oui	☐ non	Autre	☐ oui	☐ non
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si protocole le fournir)						
.....						
Vaccination DT Polio : nom du vaccin et date du dernier rappel :(fournir copie des vaccinations)						
Habitudes alimentaires, autres (précisez) :						
L'enfant porte-t-il : ☐ des lunettes / ☐ des lentilles / ☐ un appareil dentaire / ☐ un appareil auditif / ☐ autre :						
L'enfant suit-il un traitement ? ☐ oui ☐ non Si oui, lequel, et pour quelles raisons ?						
.....						
Afin de faciliter l'accueil, il est nécessaire de mettre en place un P.A.I.						
Le cas échéant l'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I. : ☐ OUI ☐ NON et/ou de l'A.E.E.H. : ☐ OUI ☐ NON						
Recommandations et remarques éventuelles sur l'enfant (maladie, accident, hospitalisation, problèmes de comportement...)						
Précisez les dates et précautions à prendre :						
.....						
Nom et adresse du médecin traitant : Téléphone du médecin traitant :						

CONTACTS (personnes autres que le père et la mère, habilitées à joindre/reprendre l'enfant en cas d'urgence) :

Contact 1	Contact 2	Contact 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél. domicile :	Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. travail :	Tél. travail :	Tél. travail :

RENSEIGNEMENTS ET AUTORISATIONS DIVERSES – Merci de bien penser à cocher vos autorisations

URGENCE	J'autorise le responsable de l'activité ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
ORGANISATION	Je déclare avoir pris connaissance du contenu (programmes, ...), de la nature (activités sportives, culturelles et artistiques, d'éveil et de loisirs), de l'organisation (activités sur la structure et à l'extérieur de la structure) et des modes de déplacements (en car, voire déplacements à pied) des activités organisées et autorise l'enfant à y participer.
ASSURANCE	Je déclare être informé de l'intérêt à souscrire une assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent être exposés l'enfant pendant les activités, au cas où mon assurance scolaire ne couvre pas les activités pratiquées (Art. L. 227-5 du code de l'action sociale et des familles).
CAF	J'autorise les agents habilités à consulter le CDAP (consultation des données allocataires par les partenaires) afin de déterminer le tarif d'accueil de loisirs qui me sera appliqué : ☐ OUI ☐ NON
DROITS D'IMAGE	J'autorise la prise de vue de mon enfant (photo/vidéo) dans le cadre des activités scolaires, périscolaires et de loisirs. Les photos et/ou les vidéos sont utilisées pour des activités proposées par l'équipe d'animation. Des photos des enfants en groupe pourront être utilisées pour illustrer des articles de presse dans le but de valoriser la structure. Les légendes et commentaires accompagnant l'image ne pourront pas porter atteinte à la dignité, la vie privée et la réputation de l'enfant : ☐ OUI ☐ NON
AUTORISATION DE SORTIE	J'autorise mon enfant âgé de plus de 6 ans à quitter seul la structure fréquentée, à l'issue des activités à ☐ l'accueil de loisirs ☐ l'arrêt de bus : nom de l'arrêt : Je prends acte que la présente décharge la ville de GRANVILLE de toute responsabilité à l'égard de l'enfant dès lors que ce dernier a quitté la structure ou le bus.
REGLEMENT INTERIEUR	J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil que fréquente l'enfant et je m'engage à le respecter sans aucune restriction.
FACTURATION	J'adhère à la facture en ligne (réception de la facture par mail et non par voie postale) : ☐ OUI ☐ NON Possibilité de prélèvement automatique via l'espace citoyens.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et certifie que l'enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse pouvant justifier la non-acceptation de l'enfant.

A , le/...../..... Signature(s) du ou des responsable(s) légal(aux) :