



ACCUEIL LOISIRS LA RUCHE – NUAILLE D AUNIS

3 Rue des Ecoles – 17540 NUAILLE D AUNIS

[laruchealsh@gmail.com](mailto:laruchealsh@gmail.com) Tel 07.85.26.85.41

## Accueil de Loisirs - Fiche de Renseignements 2023-2024

MERCI D'ÉCRIRE DE MANIÈRE CLAIRE ET LISIBLE

ENFANT : Nom..... Prénom.....

Sexe :..... Date de naissance :..... Age.....

Responsable 1 : Nom :..... Prénom : .....

Email (qui servira d'échange avec équipe d'Animation) : .....

Situation familiale : .....

Adresse..... CP et Ville :.....

Tél. Domicile :..... Tél. Portable : .....

Profession:.....

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Quotient familial : ..... Vérifié le :.....

Mon enfant bénéficie de l'allocation AEEH

Responsable 2 : Nom :..... Prénom : .....

Situation familiale : .....

Adresse..... CP et Ville :.....

Tél. Domicile :..... Tél. Portable : .....

Profession:.....

### ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE : **OBLIGATOIRE**

Nom de l'assurance : ..... n° adhérent :.....

Adresse assurance : ..... CP et Ville :.....

Période du contrat : du ..... au .....

### PRISE CHARGE DE L'ENFANT :

J'autorise à récupérer mon enfant auprès du responsable de l'accueil de loisirs, les personnes suivantes (Nom, qualité et téléphone) :

- ✓ .....
- ✓ .....
- ✓ .....

J'autorise mon enfant, à rentrer seul en signalant son départ auprès du responsable de l'accueil de loisirs.

### **Rappel des pièces à fournir OBLIGATOIRE**

- Photocopie du carnet de santé (vaccin)
- Photocopie de l'attestation de carte vitale
- Attestation assurance extrascolaire
- Attestation quotient familial (régime MSA)
- PAI (le cas échéant)
- Ordonnances médicales (le cas échéant)

# **Accueil de Loisirs - FICHE SANITAIRE 2023-2024**

**ENFANT** Nom : ..... Prénom : .....

NOM du Médecin traitant : ..... Coordonnées : .....

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES:** L'enfant est-il à jour de vaccinations DTP ? OUI - NON

Date du dernier rappel du DTP (diphtérique, tétanique et poliomyélitique) : .....

*(OBLIGATOIRE : joindre la copie du carnet de santé avec nom de l'enfant)*

**Contraintes Médicales (allergies, asthme, traitement médical, PAI ...)**

*(OBLIGATOIRE : Aucun traitement ne sera administré sans une ordonnance médicale)  
(OBLIGATOIRE : joindre la copie du PAI et contacter la direction du centre)*

## **AUTORISATIONS**

Je soussigné(e)

Déclare exacts les renseignements figurants sur cette présente fiche de renseignement

- M'engage à signaler toute modification notamment sur de l'état de santé de mon enfant.
- Déclare mon enfant apte à participer aux activités sportives
- Autorise la direction de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant et m'engage à rembourser les frais occasionnés.
- Autorise LE CENTRE DE LOISIRS LA RUCHE à utiliser les photos de mon enfant pour sa communication
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait le .....

Signature :

### **INFO RGPD**

La Commune – Accueil de loisirs La Ruche collecte et traite les données personnelles figurant dans le présent dossier d'inscription aux activités de loisirs du Service sur la base de votre consentement. Ces informations sont traitées par notre Service Enfance/ Jeunesse aux fins de créer et gérer votre compte d'adhérent au service enfance jeunesse. Ces informations vous concernant sont toutes nécessaires, un défaut de réponse entrainera une impossibilité de vous inscrire.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données (cf. [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits).

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la mairie par courrier postal à Mairie 17 basse rue 17540 NUAILLE D AUNIS