



Fiche de renseignement
Accueil de loisirs Implanté à Iwuy
Juillet 2022



ifac.asso.fr



1/ Enfant Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age : Garçon

Fille

Numéro de Sécurité Sociale :

1^{ÈRE} SEMAINE du 11/07 au 15/07

2^{ÈME} SEMAINE du 18/07 au 22/07

3^{ÈME} SEMAINE du 25/07 au 29/07

OUI NON

OUI NON

OUI NON

2/ Responsable légal

Nom :

Prénom :

Adresse :

E-mail :

Numéros de téléphone :

Mère : domicile :

portable :

travail :

Père : domicile :

portable :

travail :

Régime : CAF / MSA / Autres

Numéro allocataire :

Quotient Familial :

4/ Renseignements complémentaires

En cas d'absence ou d'indisponibilité de votre part, merci de préciser ci-dessous les personnes autorisées à récupérer votre enfant et/ou à contacter en cas d'urgence :

Nom - Prénom	Téléphone	Lien de famille	* Autoriser à récupérer l'enfant	* A contacter en cas d'urgence

* Cocher la ou les cases correspondant à votre choix

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Nom Prénom.....

Responsable légal de l'enfant

autorise mon enfant :

- à participer à toutes les activités organisées
- à participer aux activités impliquant des déplacements à pied
- à participer aux activités impliquant des déplacements en bus
- à repartir seul à la maison
- à être photographié ou filmé dans le cadre des activités
- donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies et/ou vidéo ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale. Elles serviront à illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web de l'IFAC, page facebook, vidéo, etc...)

Nombre de cases cochées :

Je m'engage à ce que mon enfant participe de manière assidue aux activités auxquelles il est inscrit.

Je m'engage à joindre à ce dossier :

- La copie du carnet de vaccination
- L'attestation d'assurance « responsabilité civile »
- L'attestation CAF ou MSA indiquant le Quotient Familial (**sinon le tarif maximum sera appliqué**)

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du responsable de la structure.

J'autorise le responsable de la structure à prendre pour mon enfant, toute disposition nécessaire en cas d'urgence, notamment l'hospitalisation si l'état de santé le nécessite.

Je m'engage en outre à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques qui pourraient être engagés pour les soins à apporter à mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter en tout point.

Conformément au nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), j'autorise l'organisateur et l'Ifac à effectuer un traitement informatique des données personnelles de cette fiche de collecte aux seules fins de la bonne exécution du service de l'ACM.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal