



Cadre réservé à l'accueil de loisirs

-----		
A : <input type="checkbox"/>	V : <input type="checkbox"/>	MàJ : <input type="checkbox"/>

# ACCUEILS DE LOISIRS DES ASBAMAVIS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELLE  
2023/2024



S.I.V.O.M.

*AsBaMaVis*

**SIVOM DES ASBAMAVIS**  
ASNIERES SUR NOUERE  
BALZAC  
MARSAC  
VINDELLE

### Informations parentales<sup>1</sup>:

Nom du tuteur légal :

Prénom du tuteur légal :

Adresse :

Code postal :  Ville :

	Représentant légal 1	Représentant légal 2	Autre personne
Nom et prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° travail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Garde alternée :  Oui  Non

Courriel :

*Utilisée dans le cadre de la communication avec les familles. Merci d'écrire le plus lisiblement possible.*

Je souhaite recevoir mes factures par courriel :  Oui  Non

N° de Sécurité Sociale :

Allocataire CAF :  Oui  Non

N° d'allocataire CAF<sup>2</sup> :  Nom d'allocataire :

*En l'absence de numéro d'allocataire, le tarif maximum de votre commune de résidence sera appliqué.*

Allocataire MSA :  Oui  Non Autre régime :

### Information concernant l'enfant

Prénom et nom de l'enfant :

Date de naissance :

École :  Classe :

N° de téléphone du jeune (*si Maison des Jeunes*) :

Spécificités pouvant poser difficultés en collectivité :

### Autorisations spécifiques à la Maison des Jeunes

J'autorise mon enfant à :

- Quitter seul la Maison des Jeunes
  - à 12h :  Oui  Non
  - entre 17h et 18h :  Oui  Non
- Quitter la Maison des Jeunes quand il le désire :  Oui  Non
- Attendre seul après la fermeture de la Maison des Jeunes :  Oui  Non

*Nous vous rappelons que la Maison des Jeunes ferme à 18h*

## Informations médicales concernant l'enfant

Nom du médecin traitant :

Commune :  Téléphone :

- Bénéficie d'un P.A.I.  Oui  Non  
*Si oui, merci de prendre contact avec l'équipe*
- Bénéficie d'une reconnaissance de handicap :  Oui  Non
- Port de lunettes :  Oui  Non
  - Tout le temps :  Oui  Non
- Apte à la pratique d'activités sportives :  Oui  Non
- Sait nager<sup>1</sup>:  Ou  Non
- A des allergies :  Oui  Non Si oui, précisez :
- Suit un traitement médical :  Oui  Non Si oui, précisez :
- Suit un régime alimentaire spécifique :  Oui  Non Si oui, précisez :
- Port d'appareil dentaire nécessitant un sandwich pain de mie :  Oui  Non
- A des antécédents médicaux (hospitalisations, malaises, fractures) :  Oui  Non
  - Si oui, précisez :
- Je déclare que les vaccins obligatoires de mon enfant sont à jour :  Oui  Non

## Droit à l'image

J'autorise les accueils de loisirs du SIVOM des Asbamavis à photographier mon enfant lors des activités et à utiliser ces photographies dans les cadres suivants :

- Expositions, manifestation et documents d'information du SIVOM des Asbamavis
- Site internet des Asbamavis
- Page Facebook du SIVOM des Asbamavis (ou de la MDJ le cas échéant)
- Journaux locaux

*Les images pourront être exploitées et utilisées directement par le SIVOM des Asbamavis sous toutes formes et tous supports connus et inconnus à ce jour, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits. La présente autorisation d'exploitation du droit à l'image est consentie à titre gratuit. Le SIVOM des Asbamavis s'engage à respecter la dignité des personnes dont les photographies sont utilisées dans le cadre mentionné ci-dessus.*

Oui  Non

<sup>1</sup> Fournir un certificat de natation

## **Transports**

Vos enfants sont amenés à circuler dans un véhicule de transport collectif conduit par un conducteur habilité et dans de rares cas par un animateur avec un véhicule personnel disposant d'une assurance professionnelle.

Je soussigné(e)

Tuteur légal de l'enfant

Déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions, de réglementation et de participation aux activités de l'accueil de loisirs des Asbamavis.

Sauf contre-indication médicale, j'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées, y compris les sorties extérieures nécessitant ou non un transport.

J'autorise l'encadrant des activités à pratiquer les premiers soins sur mon enfant en cas de besoin et à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

En cas d'impossibilité ou de retard, j'autorise :

M., Mme,	<input type="text"/>
Tél :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Lien :	<input type="text"/>
À récupérer mon enfant	

M., Mme,	<input type="text"/>
Tél :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Lien :	<input type="text"/>
À récupérer mon enfant	

Fait à  le

Signature

### **Documents à fournir impérativement :**

- Attestation de responsabilité civile en cours de validité
- Photocopie des vaccinations et/ou certificat médical de vaccination DTP

---

<sup>1</sup>Les informations recueillies ici sont collectées dans un fichier informatisé par le SIVOM des Asbamavis dont nous sommes les seuls destinataires. Les données sont conservées sur une durée de 5 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 concernant le traitement de vos données, vous pouvez nous contacter. Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatique et Liberté » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

<sup>2</sup>J'autorise la direction à consulter mon dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement au quotient familial à prendre en compte pour le calcul des tarifs. Le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.