



S.I.V.O.M.

AsBamaVis

Cadre réservé à l'accueil de loisirs

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

ACCUEIL DE LOISIRS DES ASBAMAVIS



&



MAISON DES JEUNES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELLE

2026-2027

SIVOM DES ASBAMAVIS
ASNIERES SUR NOUERE
BALZAC
MARSAC
VINDELLE



Informations parentales¹:

	Représentant légal 1	Représentant légal 2	Autre personne
Nom et prénom			
N° Portable			
N° travail			
Profession			
Adresse			
Code postal			
Ville			

Garde alternée : Oui Non

si oui, les deux parents inscrivent-ils l'enfant séparément ?² Oui Non

Courriel(s) :

Utilisé dans le cadre de la communication avec les familles et de l'Espace Règlement³.

Je souhaite recevoir mes factures dans l'Espace Règlement : Oui Non

N° de Sécurité Sociale :

Allocataire :

N° d'allocataire CAF⁴ : Nom d'allocataire :

Allocataire MSA : Oui Non (si oui, fournir une attestation de quotient familial).

En l'absence de numéro d'allocataire, merci de fournir une attestation de quotient familial ou l'avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024.

Information concernant l'enfant

Prénom et nom de l'enfant : Sexe : F M

Date de naissance :

École : Classe :

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

Spécificités pouvant poser difficulté en collectivité :

Autorisations spécifiques à la Maison des Jeunes *ne pas compléter si votre enfant n'est pas concerné*

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 de l'AEEH : Oui Non

- Port de lunettes : Oui Non Tout le temps : Oui Non

- Apte à la pratique d'activités sportives : Oui Non

- Sait nager¹: Oui Non

- A des allergies : Oui Non Si oui, précisez :

- Si allergies alimentaires : Trace acceptée : Oui Non

- 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
- 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

¹ 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 scolaire/extrascolaire en cours de validité
- Photocopie des vaccinations et/ou certificat médical de vaccination DTP

¹ 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.

² Si les deux parents sont susceptibles d'inscrire l'enfant, chaque parent recevra une facture correspondante aux inscriptions réalisées.

³ L'Espace Règlement vous permet de consulter et régler vos factures.

⁴ 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.