

RENSEIGNEMENTS ENFANT – inscription périscolaire, mercredis de loisirs, vacances

Nom de l'enfant :

Régime alimentaire :

Prénom de l'enfant :

Sans régime particulier : ☐

Date de naissance :

Sans porc : ☐

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Sans viande : ☐

Allergies et intolérances alimentaires reconnues médicalement : - **Protocole d'accueil individualisé (PAI) à mettre en place** -

.....
.....
Attention ! La Passerelle n'est pas habilitée à proposer des plats spécifiques pour les enfants présentant des allergies alimentaires. Un protocole d'accueil individualisé peut être envisagé mais l'accueil de l'enfant ne pourra être effectif que lorsqu'il sera signé entre le médecin de l'enfant, les parents et le service Enfance.

Affections ou maladies chroniques nécessitant un traitement ou une attention particulière :

- **Protocole d'accueil individualisé (PAI) à mettre en place** -

.....
.....
Votre enfant est bénéficiaire (ou en cours de détection) de l'AEEH ? Oui ☐ Non ☐

Précautions diverses (lunettes, prothèses, ...) :

Ecole : Romains ☐ Entremont ☐ Ile Nap ☐ Centre ☐

Classe : Maternelle ☐ Elémentaire ☐

Autre : Collège ☐ Lycée ☐

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise l'équipe d'animation à prendre, conserver et exploiter les enregistrements de la voix et/ou de l'image de mon enfant

Droit à l'image : ☐ oui ☐ non dont réseaux sociaux : ☐ oui ☐ non

Personnes majeures – autres que les parents- à joindre en cas d'urgence (noms et n° de téléphone) :

.....
.....
Personnes majeures – autres que les parents- autorisées à chercher l'enfant (noms et n° de téléphone) :

.....
.....
Je soussigné(e), responsable légal : Adulte 1 ☐ Adulte 2 ☐ Tuteur ☐

☐ Certifie par la présente que l'enfant a subi les vaccinations nécessaires exigées par la loi et a été reconnu apte à la pratique des activités de pleine nature (si non, joindre un certificat de contre-indication) – **COPIE DES VACCINS A FOURNIR** –

J'autorise le directeur du centre de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin ☐ oui ☐ non

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....
☐ Je ne souhaite pas recevoir l'actualité de La Passerelle par mail.

Je déclare exactes les informations portées sur cette fiche et m'engage à informer La Passerelle de toute modification ultérieure. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site internet de La Passerelle, m'engage à le respecter et régler les sommes dues au titre des activités choisies/inscrites.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, relative à la protection des données personnelles, vous bénéficiez du droit de décider et de contrôler l'usage qui est fait des données à caractère personnel vous concernant. Le traitement des données à caractère personnel répond à la nécessité de l'exécution de la mission de service public dont est investi La Passerelle. La Passerelle est donc le responsable du traitement des données. Ces données seront conservées pour une durée de 5 ans.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et vos droits, rendez-vous sur le site internet de La Passerelle www.la-passerelle.fr

Fait à :

Le :

Signature :