

**Structure \* (cocher la case correspondante):**

- Annot \*  
 Entrevaux \*

**Identité**

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../20.....

Nom et prénom des responsables légaux : .....

Adresse permanente : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone Resp 1 : ..... Téléphone Resp 2 : .....

Téléphone Domicile : ..... Téléphone Travail : .....

E-mail : .....

N° d'allocataire CAF / MSA : .....

**Personne à prévenir en cas de besoin**

NOM	TELEPHONE	LIEN

**Personne(s) susceptible(s) de venir chercher l'enfant en plus des responsables légaux :**

NOM	TELEPHONE	LIEN

**Repas**

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame....., représentant(s) légal(aux) de l'enfant, ....., nous engageons à fournir le repas de notre enfant dans une glacière, munie de plaque de froid (eutectique), conformément à la législation. Le repas devra être fraîchement préparé et refroidi et les viandes cuites à cœur. Chaque composant du repas sera marqué au nom de l'enfant, et si nécessaire, placé dans un récipient hermétique à usage alimentaire. Les aliments seront coupés (viandes, fruits...).

### **Habitude de l'enfant**

L'enfant a-t'il un doudou ?.....

Une sucette ?.....

### **Autorisation de droit à l'image**

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame....., représentants légaux de l'enfant, ....., autorisons\*, n'autorisons pas\*, l'équipe d'encadrement des structures d'accueil de la CCAPV à utiliser les photos pour affichage interne à la structure ; à utiliser les photos dans le cadre d'une diffusion locale (La Provence, Verdon info, Les sources du Verdon...)

### **Informations Médicales**

*(Merci de joindre la copie des vaccins du carnet de santé)*

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame....., représentants légaux de l'enfant, .....,

- Autorisons\*, n'autorisons pas\*, le responsable ou le responsable adjoint à administrer à notre enfant, un traitement médicamenteux en cas de maladie non contagieuse ou un régime alimentaire sur prescription médicale.

*Merci de joindre le médicament et l'ordonnance signée par le médecin.*

*Il est bien entendu que nous nous engageons à venir chercher notre enfant dans les plus brefs délais en cas de problème médical (y compris état subfébrile à partir de 38°). La direction s'engage à signaler en temps réel les modifications éventuelles de l'état de santé de notre enfant.*

### **Frais Médicaux**

Les représentants légaux de l'enfant s'engagent à rembourser à la Communauté de Communes, les frais médicaux engagés (honoraires et pharmacie) dans les plus brefs délais, dans le cas où le médecin se rendrait au centre de loisirs, à la demande des représentants ou lors d'une situation jugée nécessaire par le responsable de la structure.

### **Règlement de fonctionnement**

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame ....., représentants légaux de l'enfant ....., déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique, et en acceptent les conditions.

Fait le ...../...../20..... à .....

**Signature(s) du (ou des) représentant(s) légal (légaux) - Suivie de la mention « lu et approuvé »**

*Dans le cadre de l'inscription de votre enfant au centre de loisirs, nous recueillons des informations à caractère personnel dans cette fiche. Les informations recueillies sont enregistrées dans les logiciels DOMINOWeb et PortailFamille sous la responsabilité du Président de la CCAPV dans le but de faciliter la gestion de l'accueil de votre enfant via ces outils.*

*Conformément à la réglementation applicable en matière de données à caractère personnel (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données que vous pouvez exercer en vous adressant par courriel à : [service.enfance.jeunesse@ccapv.fr](mailto:service.enfance.jeunesse@ccapv.fr)*