

- ALSH SENONCHES ALSH LA FERTE V.
 Espace Jeunes SENONCHES

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Ecole fréquentée : Classe :

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Nage-t-il : Oui Non Brevet de natation : Oui Non

Médecin Traitant :

Certificat médical (en cours) : Oui Non

Demande de PAI : Oui Non (Repas spécifiques en cas d'allergies, enfant atteint de handicap etc...)

Bus départ : Bus retour :

Espace Jeunes : L'adolescent rentre-t-il seul ? Oui Non

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant

Mail :

MERE / PERE / RESPONSABLE LEGAL (Rayer les mentions inutiles) :

NOM : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville : Quartier :

Tel domicile : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_| Tel Professionnel : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

Tel portable : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

N° de Sécu : |_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Centre de Sécu :

Employeur : Profession :

CAF : N° CAF : Autre régime :

Quotient :

Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

MERE / PERE / RESPONSABLE LEGAL (Rayer les mentions inutiles) :

NOM : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville : Quartier :

Tel domicile : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_| Tel Professionnel : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

Tel portable : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

N° de Sécu : |_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Centre de Sécu :

Employeur : Profession :

CAF : N° CAF : Autre régime :

Quotient :

Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

Observation (Régime particuliers etc...) :

Je soussigné(e) déclare exactes les renseignements notifiés ci-dessus et atteste avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur.

Dans le cadre de la protection des données (Rgpd), les familles doivent désormais donner leur autorisation, afin de consulter et recueillir les informations suivantes : les ressources N-2, le quotient familial N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiant de l'Aeeh :

- J'autorise Je n'autorise pas

Les PEP 28 à recueillir les informations citées ci-dessus afin de faire calculer mon quotient familial applicable dans le cadre de l'accueil périscolaire et/ou de loisirs et à en conserver une copie pour une durée de 5 ans minimum.

Fait à : Le |_|_|_|/|_|_|/|_|_| **SIGNATURE :**

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRE, ETC...
PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

DEMANDE D'AUTORISATION



- ALSH Senonches
- Espace Jeunes Senonches
- ALSH La Ferté Vidame

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Responsable légal de l'enfant :

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités menées dans le cadre de l'accueil de loisirs.

Atteste que mon enfant est déclaré apte à la pratique sportive et qu'il possède une assurance extrascolaire.

Autorise, le cas échéant, le responsable de l'activité à faire hospitaliser voire opérer mon enfant en cas d'urgence*

Droit à l'image

J'autorise l'accueil de loisirs à prendre mon enfant en photo lors de son séjour et à utiliser celle-ci pour illustrer des expos photo ou pour le site des PEP 28.

*rayez la mention si vous n'êtes pas d'accord.

(Faire précéder la signature de la mention « **lu et approuvé** »).

Date et signature :

ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR
3, rue Charles Brune 28110 LUCÉ

Tél : 02 37 88 14 14 Fax : 02 37 35 61 73 - Mail : standard@pep28.asso.fr

Association d'Intérêt Général – Agrément « Jeunesse Education Populaire » - Agrément « Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale »

Ouverture du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 et le vendredi de 13h30 à 17h30