

FICHE D'INSCRIPTION ACM EXTRASCOLAIRE et PERISCOLAIRE

ENFANT

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom | Prénom | sexe | Date de Naissance | Lieu de naissance |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|---|---|---|
| Scolarité (école) <input type="text"/> | Dossier MDPH/CMP/autres non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Préciser _____ | AVS (dossier MDPH) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|

Données Complémentaires

(cocher si accord)

| | oui | non | | oui | non |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Autorisation de sport | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Port de lunettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autorisation de prise de vue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Port d'un appareil dentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autorisation de maquillage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Port d'un appareil auditif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autorisation de baignade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l'enfant sait-il nager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autorisation à partir seul | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l'enfant fait-il de l'asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pratiques alimentaires

(A cocher)

| | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Sans sel <input type="checkbox"/> | sans porc <input type="checkbox"/> | sans sucre <input type="checkbox"/> |
| sans viande <input type="checkbox"/> | sans arachide <input type="checkbox"/> | sans lait <input type="checkbox"/> |

PAI (alimentaire ou autres)

Préciser _____

(si PAI, document obligatoire à télécharger et à faire remplir par le médecin)

FAMILLE

| Responsable légal | | Conjoint(e) (Père ou mère) | |
|---|--|---|--|
| Civilité <input type="text"/> | <input type="text"/> | Civilité <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nom d'usage <input type="text"/> | Prénom <input type="text"/> | Nom <input type="text"/> | Prénom <input type="text"/> |
| Qualité <input type="text"/> | Situation familiale <input type="text"/> | Qualité <input type="text"/> | Autorité Parentale <input type="text"/> |
| Code postal <input type="text"/> | Ville <input type="text"/> | Code postal <input type="text"/> | Ville <input type="text"/> |
| Adresse <input type="text"/> | | Adresse si différente du responsable légal <input type="text"/> | |
| Téléphone domicile <input type="text"/> | Téléphone professionnel <input type="text"/> | Téléphone domicile <input type="text"/> | Téléphone professionnel <input type="text"/> |
| Téléphone portable <input type="text"/> | | Téléphone portable <input type="text"/> | |
| Email _____@_____ | | Email _____@_____ | |
| Profession <input type="text"/> | Employeur <input type="text"/> | Profession <input type="text"/> | Employeur <input type="text"/> |
| Adresse Employeur <input type="text"/> | | Adresse Employeur <input type="text"/> | |

Données CAF

Identifiant Personnel (H si enfant handicapé)

J'autorise le CIAS à consulter les éléments du dossier familial sur la base de données CDAP de la CAF.

Allocataire CAF n° Allocataire _____ QF

Allocataire MSA n° Allocataire _____ QF

Autorisations

Vous devez au moins mandater une personne pour récupérer votre enfant en votre absence.

Je soussigné (e) _____, responsable légal de l'enfant, (nom) _____
donne mandat à :

| NOM | Prénom | Lien de parenté | Adresse | | Téléphone |
|-----|--------|-----------------|---------|---|-----------|
| | | | | 1 | |
| | | | | 2 | |
| NOM | Prénom | Lien de parenté | Adresse | | Téléphone |
| | | | | 1 | |
| | | | | 2 | |
| NOM | Prénom | Lien de parenté | Adresse | | Téléphone |
| | | | | 1 | |
| | | | | 2 | |

Je décharge en conséquence le Centre Intercommunal d'Action Sociale Privas Centre Ardèche de toute responsabilité dès lors que l'enfant mentionné a été remis à l'une des personnes mentionnées. Je suis informé que je peux révoquer les mandats consentis au titre du présent formulaire à tout moment, la révocation devant être écrite et prenant effet le lendemain du jour où elle est reçue .

Accueil Collectif de Mineurs

| Vacances : Hiver 2022 |
|-----------------------|
| Date |
| Signature |

| Vacances : Printemps 2022 |
|---------------------------|
| Date |
| Signature |

| Vacances : Été 2022 |
|---------------------|
| Date |
| Signature |

| Vacances : Automne 2022 |
|-------------------------|
| Date |
| Signature |

| Vacances : Noël 2022 |
|----------------------|
| Date |
| Signature |

| MERCREDIS 2022 |
|----------------|
| Date |
| Signature |

"Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par le CIAS de la CAPCA. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour la continuité de nos services. Vos informations personnelles sont conservées pendant le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi, à moins que vous exerciez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes. Pour toute information complémentaire ou réclamation vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou notre délégué à la protection des données à l'adresse suivant rgpd@inforoutes.fr."