

## FAMILLE

Responsable légal	
Civilité	<input type="text"/>
Nom d'usage	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Situation familiale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	
<input type="text"/>	
Téléphone domicile	Téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone portable	Email
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse Employeur	
<input type="text"/>	

Conjoint(e) (Père ou mère)	
Civilité	<input type="text"/>
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Autorité Parentale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone domicile	Téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone portable	Email
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse si différente du responsable Légal	
<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

## ENFANT

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

Scolarité (école)

### Données Complémentaires

(cocher si accord)

Autorisation de sport

Autorisation de prise de vue

Autorisation à partir seul

Autorisation de baignade

Autorisation de maquillage

Port de lunettes

Port d'un appareil dentaire

Port d'un appareil auditif

l'enfant sait-il nager non  oui

### Pratiques alimentaires

( A cocher)

Sans sel  sans porc  sans sucre

sans viande  sans arachide  sans lait

PAI  Autres

### 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**

AUTOMNE 2019
Date
Signature

HIVER 2020
Date
Signature

PRINTEMPS 2020
Date
Signature

ÉTÉ 2020	
JUILLET	AOÛT
Date	Date
Signature	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](mailto:rgpd@inforoutes.fr)."