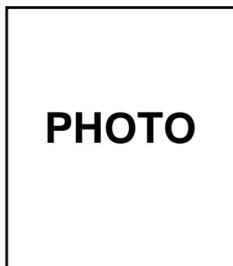




INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS SAISON 2022/2023

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT / JEUNE



Nom – Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Age : _____ ans Sexe : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Si Cran Gevrier, quartier : _____ Ecole fréquentée : _____

Nom – Prénom MERE : _____

Domicile : _____ @ Mail : _____

Portable : _____ Travail : _____

Nom – Prénom PERE : _____

Domicile : _____ @ Mail : _____

Portable : _____ Travail : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Complémentaire Santé : _____ N° adhérent : _____

Nom – Prénom Allocataire CAF : _____ N° Allocataire CAF _____

Présentation OBLIGATOIRE de l'avis d'imposition 2020 sur revenus 2019

RENSEIGNEMENTS

Votre enfant rentre seul : OUI NON Si OUI : à partir de quelle heure : _____

Si NON : Précisez-le ou les noms des personnes habilitées à récupérer votre enfant (en dehors des parents), ainsi que leur n° de téléphone (à actualiser tout au long de la saison si nécessaire)

<u>Nom Prénom</u>	<u>Lien avec l'enfant</u>	<u>Téléphone</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LOI RGPD Protections des données personnelles par CGA

En conformité à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et avec le règlement européen en vigueur depuis le 25 mai 2018, nous vous informons que vos données personnelles recueillies par CGA sont enregistrées dans notre logiciel de gestion des activités. Ces informations sont utilisées à des fins statistiques non nominatives et pour vous contacter dans le cadre des activités auxquelles vous êtes inscrits. Seuls les salariés et bénévoles de CGA ont accès à vos données. Le délai de conservation est de 5 ans maximum sur informatique et 1 an pour les fiches papier.

Consentement données personnelles : OUI NON



INFORMATIONS SANITAIRES

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement les photocopies du carnet de santé pour les vaccinations ou un certificat médical de contre-indication.

DATE DERNIER RAPPEL DT POLIO :

REGIME ALIMENTAIRE

A-t-il un régime alimentaire particulier ? (sans porc, sans gluten, végétarien, sans lactose.....) ? OUI NON

Si oui, lequel :

ALLERGIES

VOTRE ENFANT EST-IL ALLERGIQUE ?

Asthme : OUI NON Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON Autre :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom et Prénom du médecin traitant : Téléphone : '

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI dans le cadre scolaire (allergie alimentaire ou maladie chronique) ? OUI NON

Bénéficiez-vous de l'AEEH pour votre enfant (Allocation d'éducation enfant handicapé) ? OUI NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PPS dans le cadre de l'école (Projet Personnalisé de Scolarisation) ? OUI NON

DECHARGE MEDICALE : Je soussigné(e), Madame ou Monsieur autorise le Responsable de l'Accueil de Loisirs à faire le nécessaire en cas d'urgence médicale (transporter mon enfant dans les véhicules de CGA, le faire prendre en charge par les services d'urgences (SAMU, Pompiers), l'hospitaliser).

ET AUTORISE CGA à utiliser et diffuser d'éventuelles photos de mon enfant prises lors de l'activité (plaquettes, panneaux CGA, presse, journal de l'Animation, site internet CGA) OUI NON

Date : / ___ /

Signature du responsable légal :