

[Fiche de renseignements]

L'enfant :	Nom : Prénom : Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de naissance : / /
Parent 1 :	Nom : Prénom : Adresse : Portable : Téléphone professionnel : Profession : Adresse électronique (obligatoire pour avoir accès au portail familles) : <input type="checkbox"/> <i>J'accepte de recevoir des informations par courrier électronique</i> <input type="checkbox"/> <i>Je souhaite ouvrir un compte via le portail familles</i>
Parent 2 :	Nom : Prénom : Adresse : (si différente) Portable : Téléphone professionnel : Profession :
Autre :	Nom : Prénom : Qualité : Adresse : Téléphone :
<p>Si un seul parent exerce l'autorité parentale, le préciser : Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Autres <input type="checkbox"/> (précisez) :</p> <p><i>(Fournir une copie du jugement relatif à l'autorité parentale)</i></p>	
<p>Règlement des factures :</p> <p>Indiquer le représentant qui prendra en charge les différentes factures :</p> <p>Nombre d'enfants à charge :</p> <p>Quotient familial : €</p> <p>N° d'allocataire CAF (6 chiffres) :</p> <p>Régime : Général <input type="checkbox"/> / MSA <input type="checkbox"/> / Autres <input type="checkbox"/></p> <p>N° MSA :</p> <p>Pour les familles concernées, joindre une copie de la carte d'identité vacances.</p>	
<p>N° Sécurité Sociale :</p> <p>Adresse de votre CPAM :</p> <p>Police d'assurance responsabilité civile : N°</p> <p>Adresse de votre assureur :</p> <p><i>(Fournir une copie de votre attestation d'assurance responsabilité civile)</i></p>	

Droit à l'image :

Autorise la Communauté de Communes du Pays d'Orthe et Arrigans à reproduire, présenter, exposer, publier la ou les photographies(s) ou films :

- Dans le bulletin communautaire, le site de la communauté www.pays-orthes-arrigans.fr , sur sa page Facebook et dans les structures communautaires.
- Dans la presse locale

N'autorise pas la Communauté de Communes du Pays d'Orthe et Arrigans à reproduire, présenter, exposer, publier la ou les photographies(s) ou films sur les supports cités ci-dessus.

Recommandations utiles :

Appareillages : port de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, autres

(à préciser) :

Antécédents à signaler :

Renseignements médicaux :

Allergie ou soins spécifiques : Oui Non

Si oui, produire un certificat médical et le Projet d'accueil Individualisé (PAI).

Régime alimentaire (sur prescription médicale) : Non

Oui – Lequel :

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical ? Oui Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine, avec la notice et marquée au nom de l'enfant).
Attention : aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.*

Vaccinations :

Pièces administratives à fournir : Photocopie du carnet de santé avec vaccinations DTP mises à jour.

Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

Cas d'urgence :

Un enfant accidenté ou gravement malade sera dirigé automatiquement vers les services de secours d'urgence.
La famille sera alors prévenue

Personnes autorisées à récupérer l'adolescent :

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

[Autorisation parentale]

Je soussigné(e), (nom, prénom)

Exerçant l'autorité parentale sur l'adolescent nommé ci-dessus,

Certifie exact les renseignements portés sur la fiche.

Reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur, des projets éducatif et pédagogique de l'espace ados et l'accepte dans l'intégralité de ses termes.

Autorise l'enfant concerné par ce document à participer aux activités proposées.

Autorise mon enfant à venir et à repartir **seul** de l'espace ados.

N'autorise pas mon enfant à quitter **seul** l'espace ados, même avant la fin des activités.

Le/...../.....

Signature(s) :

A compléter par l'adolescent désirant s'inscrire :

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur, des projets éducatif et pédagogique affichés dans les locaux de l'espace ados et l'accepte dans l'intégralité de ses termes.

Le/...../.....

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire, données personnelles et de santé, sont conservées pendant la durée nécessaire à la finalité et dans le respect de la réglementation en matière de prescription. Elles peuvent être traitées sur le logiciel Diabolo via le portail famille. Elles sont destinées aux services habilités de notre Etablissement.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et de portabilité auprès de Monsieur le Président, responsable du traitement, sur place, ou par écrit en s'adressant à Communauté du Pays d'Orthe et Arrigans, 156 route de Mahoumic, 40300 Peyrehorade, en joignant une copie d'une pièce d'identité, ou par mail à dpo@orthe-arrigans.fr, conformément à l'article 12 du Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel.

Le Délégué à la Protection des Données personnelles est l'Agence Landaise Pour l'Informatique (ALPI, 175, place de la Caserne Bosquet BP30069 - 40002 MONT-DE-MARSAN CEDEX), que vous pouvez contacter pour tout renseignement supplémentaire.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

[Dossier à remettre] :

Au bureau du directeur de l'espace ados :

55 rue du château

40300 Peyrehorade

07 64 70 70 19

05 58 73 02 82

Mail : espace.ado@orthe-arrigans.fr