

Fiche Unique de Renseignement 2025-2027

(Merci de remplir un dossier par enfant)

Identité de l'Enfant

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

Nom : Prénom :

Date de naiss : Lieu de naiss :

Autorisation à quitter seul l'ALSH à partir de 9 ans (12h et/ou 17heures) :

☐ Oui ☐ Non

Responsable Légal n°1

Nom : Prénom :

Date de naiss : Lieu de naiss :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Portable :  Domicile : 

Profession : Employeur

N° sécurité social :

Allocataire : ☐ CAF ☐ Msa ☐ Autres

N° allocataire : Quotient Familial :

Responsable Légal n°2

Nom : Prénom :

Date de naiss : Lieu de naiss :

Lien avec l'enfant :

Adresse (si différente) :

Code Postal : Commune :

Portable :  Domicile : 

Profession : Employeur

N° sécurité social :

Allocataire : ☐ CAF ☐ Msa ☐ Autres

N° allocataire : Quotient Familial :

@ Adresse Mail de contact @

Santé de L'enfant

Médecin traitant

Nom : Prénom :

Adresse :

 :

Allergies : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquels et conduite à tenir pour l'équipe encadrante :
Santé, particularité : (Lunettes, maladies, accident, opérations, hospitalisations...) et conduite à tenir pour l'équipe encadrante
L'enfant bénéficie t'il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ☐ Oui ☐ Non
L'enfant à un dossier MDPH : ☐ Oui ☐ Non
Régime alimentaire pour cause de maladie : ☐ Oui ☐ Non Précisez :
Autres régime alimentaires : ☐ Oui ☐ Non Précisez :

Personnes Autorisées à venir chercher mon enfant	
-	
-	
-	
-	

Droit à l'image
☐ Autorise ☐ N'autorise pas La diffusion de photos de mon enfant sur notre page Facebook (FRBPP29400)

Assurance
N° sécurité sociale de l'assuré auquel est rattaché l'enfant : _____ _____
Compagnie d'assurance (RC) :
N° police d'assurance :
L'association informe les familles que Familles Rurales souscrit un contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de leur responsabilité civile, ainsi que celles de leurs préposés et des participants aux activités qu'ils proposent. Les assurés sont tiers entre eux. L'association vous informe néanmoins de votre intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent exposer les activités auxquels participent les mineurs.

Autorisation

Autorisation médicale:

✓ J'autorise à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital de secteur par les services de secours (pompiers, SAMU)

✓ Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre de loisirs

✓ Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.

Autorisation sortie et déplacement :

✓ Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre de loisirs : en voiture individuelle (par l'équipe d'animation), par des moyens de transports collectifs (cars, bus, trains...)

Autorisation de communication:

✓ Autorise Familles Rurales à reproduire des photos de mes enfants dans le cadre des activités de l'association (internet) et pour la presse communale et régionale. Autorise Familles Rurales à insérer une photo numérisée de mes enfants sur leur dossier informatique.

✓ Autorise Familles Rurales à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion (Fichier déclaré à la CNIL). Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, que je peux exercer en m'adressant à l'association.

✓ Autorise Familles Rurales à créer mon espace personnel sur le Portail Famille en ligne du Centre de Loisirs.

Autorisation administrative :

✓ Déclare avoir pris connaissance de l'utilité de souscrire à un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels mes enfants peuvent être exposés durant les activités proposées par le Centre de Loisirs (Art. L 227-4 code de l'action sociale des familles).

✓ Je m'engage à fournir une attestation CAF et à signaler tous changements. Sans attestation l'ALSH pratiquera la tarification la plus élevée.

✓ Autorise la direction à vérifier mon quotient familial sur le portail partenaire de la CAF29 afin d'appliquer le bon tarif ALSH.

Ces renseignements sont demandés par l'association familles rurales Bodilis Plougar Plougourvest dans le cadre des inscriptions à l'ALSH de votre enfant pour saisie dans le logiciel Noethys et la sécurité de votre enfant. Une fois la saisie des données commencées, vous disposerez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.

Je certifie :

- l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler par courrier ou mail tout changement de coordonnées

- avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association/ALSH

Fait à _____, le _____

Nom(s) Prénom(s)

Signature OBLIGATOIRE du (des) représentant(s) légal(aux) précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

- ☐ Photocopie vaccin ou certificat médical de vaccination à jour ou Certificat médical vie en collectivité
- ☐ Attestation CAF
- ☐ Attestation Assurance
- ☐ Attestation AEEH (enfant en situation de handicap)