

**ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL  
SAINT EXUPERY DE LAIGNEVILLE**

Colle ta photo

**Année scolaire 2024/2025**



**NOM DE L'ENFANT:**

**PRENOM:**

**DATE DE NAISSANCE:**

**ÂGE:**

**Ecole Fréquentée:**

Etes vous travailleurs salariés ou indépendants: (entourer la bonne réponse)

- |                 |   |
|-----------------|---|
| *De l'Industrie | *Des Professions Libérales                  |
| *Du Commerce    | *Des Collectivités Locales et Territoriales |
| *De l'artisanat | *Autres:                                    |

**Votre Numéro de CAF:**

<b>Responsable n°1:</b>	
<u>Nom et Prénom:</u>	<u>Date de naissance:</u>
Adresse:	
<b>N° téléphone:</b>	<b>Mail:</b>
Emploi et adresse de l'employeur:	

<b>Responsable n°2:</b>	
<u>Nom et Prénom:</u>	<u>Date de naissance:</u>
Adresse:	
<b>N° téléphone:</b>	<b>Mail:</b>
Emploi et adresse de l'employeur:	

**A remplir par les parents: (cocher pour acceptation)**

Je soussigné,

Autorise la Direction de l'accueil de loisirs Saint Exupéry à prendre les mesures d'urgence, y compris l'opération et l'admission à l'hôpital le plus proche (en séjours, en promenade, en sortie, ect...) dans l'intérêt de l'enfant.

Autorise, également l'enfant à se rendre à la piscine et déclare que ce dernier n'a aucune contre indication et l'autorise à participer à toutes les sorties.

Autorise la prise de photos  de vidéos  de mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs afin de les mettre sur la page facebook ALSH Saint Exupéry ou sur le de la Mairie.

La direction s'engage à prévenir les parents dans le meilleur délai, et dans l'intérêt de l'enfant.

**Signature des parents:**

*Protection des données.*

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé par le Responsable de traitement : Mr le Maire de Laigneville, 390 rue de la République 60290 LAIGNEVILLE.  
Le Responsable de traitement a désigné l'ADICO sis à Beauvais, Oise, 5 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données. Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle la Mairie est soumise.  
Les données sont conservées pendant une durée de 1 an. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit à la limitation du traitement. Les droits d'effacement, la portabilité et l'opposition ne s'appliquent pas dans ce cas.  
Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le service chargé de l'exercice de ces droits scolaire@mairie-laigneville.fr  
Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.*

Nom de l'assurance:

N° de contrat:

N° Sécurité sociale:

**VACCINATION: Joindre OBLIGATOIREMENT une photocopies des vaccins**

Vaccins OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres (Préciser)	

**Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes:**

MALADIES:	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
OREILLONS		
SCARLATINES		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		

**Indiquez ci après les difficultés de santé (Asthme, allergies, opérations, informations...) ou PAI (joindre une copie):**

**Indiquez ci après la composition de la familles (frères/sœurs et leurs âges):**

**Régime alimentaire: (cocher la case)**

Standart	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>

**Si Non précisez:**

**Indiquez ci après les Noms, Prénoms, Téléphones des personnes autorisées à venir récupérer votre enfant (nous prévenir en cas de modifications.**

**Observations diverses:**

Acceptation de l'utilisation des données dans le cadre des activités de l'alsh et du périscolaire pour le personnel en charge de votre enfant (cocher la case):