



Commune de Bubry

Pôle enfance jeunesse 2023 - 2024

Dossier Familial (accueil périscolaire et centre de loisirs)

Enfant	
Nom :	
Prénom :	
Etablissement scolaire :	Classe :
Date et lieu de naissance :	
Adresse :	
Mon enfant fréquentera : Garderie : Matin OUI / NON Soir OUI / NON Accueil de loisirs : Mercredi OUI / NON Vacances OUI / NON	
Votre enfant a-t-il un aménagement scolaire ou une notification de la maison départementale de l'autonomie (MDA) : OUI / NON Si oui précisez :	
Personnes ayant la responsabilité légale de l'enfant	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien : Père / Mère / Autre (Préciser)	Lien : Père / Mère / Autre (Préciser)
Adresse :	Adresse :
E-Mail :	E-Mail :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Profession :	Profession :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
Situation familiale : Marié Divorcé Concubinage Pacs Célibataire	
Autres :	
N° allocataire CAF ou MSA (joindre attestation du quotient familial) :	
Assurance responsabilité civile :	
Nom de la compagnie :	
Numéro de contrat :	

PERSONNES A CONTACTER	
Contact 1	Contact 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien à préciser :	Lien à préciser :
Téléphone :	Téléphone :
Appel en cas d'urgence : OUI / NON	Appel en cas d'urgence : OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT	
Contact 1	Contact 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien à préciser :	Lien à préciser :
Téléphone :	Téléphone :

LES AUTORISATIONS	
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul ou accompagné d'un mineur la structure une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre au dossier)	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Pratique sportive : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.	OUI / NON
<p>« Dans le cadre de l'application du Règlement Général de Protection des Données, dit « RGPD », est porté à votre connaissance que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La collecte de vos données personnelles (nom, prénom, adresse...) est strictement nécessaire à la gestion du service auquel vous souscrivez. • Le service s'interdit d'utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service. • Vous avez le droit d'accès et le droit de rectification des données transmises. <p>Dans ce cas, vous pouvez adresser votre demande à l'adresse mail suivante : mairie.bubry@gmail.com ou par courrier adressé à Monsieur le Maire de Bubry 1 Place de Macroom 56310 BUBRY</p> <p>Le responsable du traitement des données est Maud PERIER LE MARRE, Directrice Générale des Services »</p>	

Facturation
Adresse de facturation :
CP : Commune :
Mail pour l'envoi de la facture :
Le règlement peut se faire par chèque, en espèces ou par prélèvement automatique (joindre un RIB)

ATTESTATION

Je soussigné (e).....
Responsable légal de l'enfant

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure
Je m'engage à communiquer dans les plus brefs délais toute modification de cette fiche
Certifie que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels
Autorise le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant mon enfant, à communiquer les coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.
Atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifie sur l'honneur les renseignements portés dans ce formulaire.

Responsable 1

Responsable 2

Fait à :			
Date :			
Signature			