

## Autorisation parentale ou du responsable légal

Je soussigné(e), .....

Père, mère, responsable légal\* de (Préciser Nom et Prénom de l'enfant ou des enfants)

NOM : ..... Prénom : .....

NOM : ..... Prénom : .....

NOM : ..... Prénom : .....

- atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'enfant ou les enfants susnommés et déclare exacts les renseignements portés sur la fiche

- atteste avoir pris connaissance du Projet Educatif du Centre de Loisirs Intercommunal.

- certifie avoir lu le Règlement Intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

- autorise les personnes majeures suivantes à amener ou à récupérer mon (mes) enfant(s) :

Nom, prénom, téléphone : .....

.....

- autorise les personnes suivantes à être contactées en cas d'urgence si le responsable du Centre de Loisirs n'arrivait pas à joindre les parents ou les responsables légaux :

Nom, prénom, téléphone : .....

.....

- autorise mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs (activités courantes, sportives, ludiques, artistiques, etc,...)

- autorise le responsable du Centre de Loisirs ou l'équipe d'animation :

- à faire transporter mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités par des moyens de transports collectifs (bus ou minibus).

- le cas échéant, à faire procéder à toute intervention médicale (soin, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) nécessitée par l'état de santé de mon (mes) enfant(s)

- à prendre des photographies de mon (mes) enfant(s) et à les diffuser lors de publications (journaux, presse, ...) , de manifestations liées à la vie du Centre de Loisirs ou sur le site internet de la Communauté de Communes des Baronnies en Drôme Provençale.

- à utiliser les produits pharmaceutiques suivants pour effectuer des soins bénins : pommade à base d'arnica, apaysil, dermaspray, héxomédine, biafine.

- J'autorise mon (mes) enfant(s) à venir et rentrer seul au bus s'il(s) a(ont) plus de 10 ans

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par le service enfance jeunesse de la CCB- DP. Ces données sont enregistrées sur un fichier informatisé. Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données personnelles que dans la mesure où cela est strictement nécessaire pour l'inscription et le suivi administratif de votre enfant. Vos informations personnelles sont conservées durant une période ne pouvant excéder les délais réglementaires. Pendant cette période, nous mettons tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes. Pour toute information complémentaire ou réclamation vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou notre délégué à la protection des données à l'adresse suivant [rgpd@inforoutes.fr](mailto:rgpd@inforoutes.fr)."

Fait à ....., le .....

Signature .....



NOM ENFANT(S) :

NOM PARENTS :

Commune :

## CENTRE DE LOISIRS INTERCOMMUNAL

### DOSSIER FAMILIAL D'INSCRIPTION

# 2021 - 2022

#### Pièces à joindre au dossier :

Photocopie carnet de vaccination ou attestation du médecin

Justificatif du quotient familial

QF:

Justificatif aides aux vacances

( Bons vacances loisirs CAF, MSA, ... )

Frais de dossier (15 €)

Centre de Loisirs Intercommunal  
COMMUNAUTE DE COMMUNES DES BARONNIES EN DRÔME PROVENCALE  
170 rue Ferdinand FERT - CS 30005 - 26 110 NYONS  
Tél. : 04 75 26 98 85 Fax : 04 75 26 28 54 Email : [ccbdp@cc-bdp.fr](mailto:ccbdp@cc-bdp.fr)  
Site internet : [www.cc-bdp.fr](http://www.cc-bdp.fr)

## RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX)

Nom et prénom de la mère ou du responsable légal :

Nom et prénom du père ou du responsable légal :

Adresse : .....

Adresse : .....

CP : ..... Commune : .....

CP : ..... Commune : .....

✉ email : .....

✉ email : .....

📞 Domicile : .....

📞 Domicile : .....

Portable : .....

Portable : .....

Travail : .....

Travail : .....

Profession : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Employeur : .....

### Médecin traitant :

Nom et prénom du médecin : .....

Ville : ..... Tél. : .....

## ENFANT(S)

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :

Date de naissance : lieu de naissance : .....

Date de naissance : lieu de naissance : .....

Date de naissance : lieu de naissance : .....

Scolarisé(e) à l'école de .....

Scolarisé(e) à l'école de .....

Scolarisé(e) à l'école de .....

Régime alimentaire :

Ne mange pas de porc  Ne mange pas de viande  
 Autre : ..... (substitut : oeuf ou poisson)

Régime alimentaire :

Ne mange pas de porc  Ne mange pas de viande  
 Autre : ..... (substitut : oeuf ou poisson)

Régime alimentaire :

Ne mange pas de porc  Ne mange pas de viande  
 Autre : ..... (substitut : oeuf ou poisson)

Allergies alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Allergies alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Allergies alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Santé :

Maladies déjà contractées :

Otite  Coqueluche  Rougeole  Rubéole  
 Angine  Rhumatismes  Oreillons  Scarlatine  
 Varicelle  Autres maladies : .....

Santé :

Maladies déjà contractées :

Otite  Coqueluche  Rougeole  Rubéole  
 Angine  Rhumatismes  Oreillons  Scarlatine  
 Varicelle  Autres maladies : .....

Santé :

Maladies déjà contractées :

Otite  Coqueluche  Rougeole  Rubéole  
 Angine  Rhumatismes  Oreillons  Scarlatine  
 Varicelle  Autres maladies : .....

Allergies autres qu'alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Allergies autres qu'alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Allergies autres qu'alimentaires. Préciser le type d'allergie, les causes et la conduite à tenir : .....

Recommandations utiles (hospitalisation, accident, lunettes, prothèses, ...) : .....

Recommandations utiles (hospitalisation, accident, lunettes, prothèses, ...) : .....

Recommandations utiles (hospitalisation, accident, lunettes, prothèses, ...) : .....