

CENTRE : _____**ACTIVITE(S) :** _____ **ALSH** **Groupe :** _____**NOM :** _____ **PRENOM :** _____**DATE DE NAISSANCE :** _____ **FILLE** **GARCON****ADRESSE :** _____
_____**E-MAIL :** _____ **TELEPHONE :** _____**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :** _____ **CLASSE :** _____**RESPONSABLE LEGAL(E)****NOM :** _____ **PRENOM :** _____**AUTORISE MON ENFANT :**

> à participer aux activités organisées par le centre : _____

> à se rendre seul(e) au domicile à l'issue de l'activité Oui Non
ou à se rendre au domicile accompagné(e) de :**M. ou MME** _____**ADRESSE :** _____
_____**E-MAIL :** _____ **TELEPHONE :** _____**AUTORISE LES ORGANISATEURS**à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**Dans le cas d'une autorité parentale partagée****PARENT 1 : NOM** _____ **PRENOM** _____**ADRESSE :** _____**E-MAIL :** _____ **TELEPHONE :** _____**PARENT 2 : NOM** _____ **PRENOM** _____**ADRESSE :** _____**E-MAIL :** _____ **TELEPHONE :** _____

ALLOCATAIRE CAF / MSA : _____ QUOTIENT FAMILIAL : _____

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : _____ N° DE POLICE : _____

1. RESPONSABILITE

Je dégage la Mairie d'Orléans de toute responsabilité :

- en cas d'accident pouvant survenir avant et après les horaires de prise en charge d'activités,
- en cas de détérioration, perte ou vol d'objets personnels de valeur.

2. DROIT A L'IMAGE

J'autorise la Mairie d'Orléans à utiliser pour sa communication (interne, externe : panneaux d'affichage, site internet, blog et réseaux sociaux) les photos et les images prises dans le cadre de ses activités. Oui Non

3. RGPD

Les informations collectées dans ce formulaire sont régies, conformément au RGPD, par notre charte de confidentialité.

J'ai été informé(e) et j'ai reçu la charte de confidentialité qui régit les données personnelles dans ce formulaire.

4. INSCRIPTIONS

Les paiements sont à régler à l'inscription.

Les paiements acquis lors de l'inscription peuvent faire l'objet d'un remboursement sous certaines conditions.

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom / Prénom _____

Lien de parenté : _____ Tél portable : _____

Tél professionnel : _____

Nom / Prénom _____

Lien de parenté : _____ Tél portable : _____

Tél professionnel : _____

Recommandations médicales importantes :

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date : _____ Signature : _____