

Centre de loisirs du PLL année scolaire 26/27

Nom de l'enfant:

Prénom:

né(e) le:

Nom Parent 1:

Tel mobile:

Tel travail:

Nom Parent 2:

Tel mobile:

Tel travail:

Repas special:

PAI:

* A remplir pour les nouveaux
ou si changement:

Adresse:

Ville:

Quartier:

Tel du domicile

email principal:

Regime allocataire:

N° Allocataire CAF

Bénéficiaire AEEH oui /non

QF CAF:

N° Maelys:

Nom de l'école:

A compléter impérativement

Vaccinations (dernier rappel D.T.P) :

RENSEIGNEMENTS À COMMUNIQUER AU CENTRE (l'enfant est-il sujet à des malaises ou maladies particulières ? Si oui, lesquelles ?
L'enfant est-il suivi par une structure médico-sociale (CMPP, AEMO, CAMSP...) ? Si oui, laquelle ?

INSCRIPTION ET DÉCHARGE

Ayant pris connaissance du fonctionnement du centre et des garanties d'assurance figurant au verso de ce document,

je soussigné(e) : responsable légal(e) de l'enfant :

☐ En tant qu'allocataire CAF, j'opte pour la procédure simplifiée et j'autorise le PLL (Patronage Laïque de Lorient) à recueillir des informations me concernant auprès de la CAF, dont mes ressources, afin de vérifier l'éligibilité aux tarifications spéciales (ou aides) et taux de réduction adéquats et de simplifier ma démarche. Je suis informée que je peux retirer cette autorisation à tout moment en m'adressant au PLL.

- ⇒ Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées.
- ⇒ Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des activités du centre auquel il est inscrit.
- ⇒ Autorise les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
Dans ce cas, l'enfant sera conduit au service des urgences du Centre Hospitalier de LORIENT.
- ⇒ Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- ⇒ Je ne souhaite pas de garantie complémentaire en assurance auprès du PLL (nous vous signalons qu'il est de votre avantage de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé au cours des activités pratiquées).
- ⇒ Autorise l'organisateur à photographier et filmer mon enfant dans le cadre des activités, les photos pouvant être diffusées au sein du PLL, site internet, lors d'actions avec des partenaires éducatifs et presse locale.
- ⇒ Référent RGPD : joignable au 02.97.83.69.64.

A Le signature :

CENTRE SOUHAITE:.....

Arrêt Bus matin:..... arrêt Bus soir: ..

MODE DE FREQUENTATION CHOISI: (A cocher)

☐ LES MERCREDIS

☐ Régulier: tous les mercredis réservés

☐ Occasionnel: Selon vos réservations

☐ LES PETITES VACANCES SCOLAIRES

AUTORISATION A RENTRER SEUL OUI ☐ NON ☐

Je soussigné M^r, M^{me}
autorise l'équipe d'animation à laisser mon enfant
à rentrer seul jusqu'à mon domicile à partir - 1) du Centre - 2) de l'arrêt de bus.
Ce trajet étant sous ma responsabilité.

signature :

DÉLÉGATION PARENTALE

Je soussigné M^r, M^{me}
autorise
à prendre en charge mon enfant à l'issue des activités du centre de loisirs.

signature :

SANTÉ

