

TEULIAD AR BUGEL / DOSSIER DE L'ENFANT



tiarvrolandernedaoulaz.bzh

2020 – 2021

BUGEL / ENFANT

Añv / Nom :

Añv bihan / Prénom :

Deiziad ganedigezh (3-12 vloaz) / Date de naissance (3 à 12 ans) :

Skol / École :

Diwan / Div Yezh / Privée

TUD AR BUGEL / PARENTS

Mamm / Mère :

Tad / Père :

Añv hag añv bihan/ Nom et prénom :

Plgz an ti /Téléphone domicile :

Plgz godell/Téléphone portable :

Chomlec'h/Adresse :

Postel/Courriel :

Micher/Profession :

Plgz :

Implijer / Employeur :

BUHEZ PRIEDEL / SITUATION MARITALE

- Dimezet/Marié Serc'herezh/Concubinage PACS Dizimez/Célibataire Dispartiet/Divorcé-Séparé
 Intañv-intañvez/Veuf-Veuve Gward/Tuteur

Quel mode de garde, (alternée, autre..) ?

Merci de joindre l'extrait de jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant et justifiant du domicile principal de l'enfant (photocopie).

Représentant qui prendra en charge les factures :

**SURENTEZ SOKIAL / REGIME DE SECURITE SOCIALE
ASURAÑS / ASSURANCE**

Général (Attestation et N°CAF à fournir) : MSA Autre

Compagnie d'assurance de la RC : N° de police d'assurance RC :

Date d'échéance :

AOTREOÙ / AUTORISATIONS

« Droit à l'image » ; « Envoi d'information par courriel »

Je soussigné(e), responsable légal de,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise celui-ci à participer aux sorties et activités organisées par l'ALSH en journée et/ou en soirée hors vacances
et pendant les vacances scolaires. Si vous ne le souhaitez pas cochez cette case

Autorise le personnel à le prendre en photo/vidéo/son Si vous ne le souhaitez pas cochez cette case

Pour une utilisation interne à la structure (Expositions...) oui non

Pour une publication/diffusion externe (Presse, Site Internet, Facebook...) oui non

Autorise celui-ci à rentrer seul, à partir de heures. (+ lettre manuscrite)

Si vous ne le souhaitez pas cochez cette case

Autorise le responsable à prendre (le cas échéant) toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon
enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

Si vous ne le souhaitez pas cochez cette case

Autorise l'association à utiliser le CDAP (Consultation des Données Allocataires) anciennement «CAF PRO».

Si vous ne le souhaitez pas cochez cette case

En cas de refus (ou d'attestation de quotient familial non transmise) nous nous verrons obligé d'appliquer le tarif le plus élevé.

J'accepte que le « Kreizenn Dudi » m'envoie des renseignements par courriel (concernant programme d'activités ,
sorties...)

Si vous ne le souhaitez pas cochez cette case

Autorise les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

Prénom – Nom	Adresse	Téléphone	A contacter en cas d'urgence	
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Attention! Si les cases ne sont pas cochées cela signifie que vous acceptez

Graet e/Fait à, d'an/le.....

Sinañ/Signature des parents (précédée de la mention « lu et approuvé»)