

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

Pour une publication sur le **blog privé** de l'accueil de loisirs 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»)