

# TEULIAD AR BUGEL / DOSSIER DE L'ENFANT



tiarvrolandernedaoulaz.bzh

2023 - 2024

## 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 : ..... Añv hag añv bihan/ Nom et prénom : .....

Plgz an ti /Téléphone domicile : ..... Plgz an ti /Téléphone domicile : .....

Plgz godell/Téléphone portable : ..... Plgz godell/Téléphone portable : .....

Chomlec'h/Adresse : ..... Chomlec'h/Adresse : .....

Postel/Courriel : ..... Postel/Courriel : .....

Micher/Profession : ..... Micher/Profession : .....

Plgz : ..... Plgz : .....

Implijer / Employeur : ..... 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 / ASURAÑS / GOPROU TIEGEZH  
REGIME DE SECURITE SOCIALE / ASSURANCE / ALLOCATIONS FAMILIALES**

Général (CPAM) ou  MSA

N° d'allocataire CAF : ..... (Ou à défaut joindre une attestation de Quotient familial CAF ou MSA)

Compagnie d'assurance Responsabilité Civile : ..... N° de police d'assurance

Responsabilité Civile : ..... Date d'échéance : .....

**AOTREOÙ / AUTORISATIONS**

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

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

Veillez entourer les mentions utiles

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 (possibilité de transport dans véhicule personnel des animateurs) OUI NON

Autorise le personnel à le prendre en photo/vidéo/son

-Pour une utilisation interne à la structure (Expositions...) OUI NON

-Pour une publication/diffusion externe (Presse, Site Internet) OUI NON

-Pour une publication sur le blog privé de l'accueil de loisirs (code fourni) OUI NON

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

Autorise à utiliser le CDAP (Consultation des Données Allocataires) anciennement «CAF PRO». OUI NON

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 « ti al lamponed » m'envoie des renseignements par courriel (concernant programme d'activités, sorties...) OUI NON

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"/>

Graet e/Fait à ....., d'an/le.....

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

*Conformément aux articles 34 et 36 de la loi du 06 janvier 1978, les familles disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant sur fichiers informatiques qui pourra s'exercer au bureau du centre*