

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE**

**Remplir obligatoirement toutes les rubriques (merci)**

Renseignements	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Mon enfant bénéficiera t'il de la carte loisirs : <b>CAF</b> <b>MSA</b> <input type="checkbox"/> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> (si oui : nous en faire une copie)
Nom - Prénom			
Né(e) le :			
Profession			
N° de téléphone de l'employeur			
N° Sécurité Sociale			En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir est : Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : _____ _____ _____
Êtes-vous allocataire de : la CAF ?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> n° d'allocataire : _____ la MSA ?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> n° d'allocataire : _____ si autre régime préciser : _____ Caisse de: _____			_____ _____ _____ _____

**ACTE D'ENGAGEMENT :**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
 responsable du jeune \_\_\_\_\_

*déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de Loisirs organisé par la CCALN et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées et à utiliser les moyens de transport prévus pour se rendre sur ces mêmes activités par les organisateurs et décharge ces derniers de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre.*

*J'autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...).*

*J'autorise  / je n'autorise pas  (cocher la case) l'organisateur et l'AD PEP80 :*

- à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations liées aux activités du Centre à compter de la date de signature jusqu'au 31/12/2021*

*J'autorise  / je n'autorise pas  (cocher la case) l'organisateur et l'AD PEP80 :*

- à consulter mon quotient familial sur le site de la Caisse d'Allocations familiales « CDAP » dédié à cet effet.*

le Président de la CCALN sis au 144 rue du Cardinal Mercier à Moreuil a situé l'ADICO sis à Beauvais (60000) à 2 rue Jean Monet en qualité de délégué à la protection des données. les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à l'inscription de votre enfant au CAJ. Ces données sont destinées à la CCALN et transmises à l'association PEP80.

Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant.

Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter [communication@avrelucenoye.fr/CCALN](mailto:communication@avrelucenoye.fr/CCALN) Moreuil 80110. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.

**Je prévois également que mon enfant sera présent lors des vacances de :**

HIVER 2021 à MOREUIL  
 du 22 au 26 février 2021

PRINTEMPS 2021 à AILLY-SUR-NOYE  
 du 26 au 30 avril  
 du 3 au 7 mai

ETE 2021 :  A MOREUIL             A AILLY SUR NOYE  
 (dates à définir)

Octobre 2021 à MOREUIL  
 du 18 au 22 octobre

restauration le midi  
 transport par car

à ..... le ..... / ..... / 2021

Signature du responsable légal du jeune  
 à faire précéder de la mention « lu et approuvé »



**(\*) une confirmation d'inscription sera demandée avant chaque période**



# CAJ CCALN ANNEE 2021

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20 \_\_\_\_ À \_\_\_\_\_ AGE : \_\_\_\_\_ ans  
Adresse (complète) : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_  
Nom et numéro d'assurance de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse mail parents : \_\_\_\_\_  
Adresse mail jeune : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il eu (1)**

**\* des maladies infectieuses**

- scarlatine oui - non  
- oreillons oui - non  
- coqueluche oui - non

**\* des maladies chroniques**

- asthme oui - non  
- épilepsie oui - non  
- otites oui - non

- rougeole oui - non  
- rubéole oui - non  
- varicelle oui - non

(1) rayer la mention inutile

\* si oui, a-t-il actuellement un traitement quotidien et lequel ?

**Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?**

\* lesquelles ?  
\* dates des opérations ?

D  
O  
S  
S  
I  
E  
R

**Votre enfant est-il allergique ? \* si oui, précisez (médicaments, animaux...):**

**Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?**

\* si oui, précisez :

M  
E  
D  
I  
C  
A  
L

**En cas d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il :**

\* des drains dans les oreilles ? oui - non  
\* des lunettes ? oui - non  
\* des lentilles de contact ? oui - non

**Nom et adresse du médecin traitant :**

Tél. :

SORTIE DU CENTRE

Je soussigné(e) M, Mme .....

Responsable légal du jeune .....

L'autorise à rentrer seul

Autorise :

M., Mme, Melle .....

M., Mme, Melle

à le reprendre à la sortie de l'accueil

Ou

nous viendrons le rechercher tous les jours.

Ou

A rentrer seul à la maison en descendant du car

À \_\_\_\_\_  
le ..... / ..... / 2021  
Signature du responsable légal

