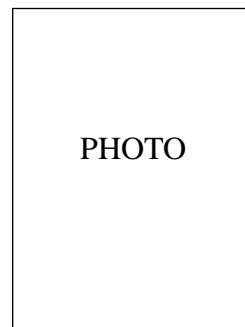


Renseignements concernant l'enfant :
NOM : **PRENOM** :

 Date de naissance : Age :ans Sexe : M F

Ecole : Classe :

Observations pouvant permettre de mieux comprendre le comportement de votre enfant :


Responsables légaux de l'enfant

(cocher la ou les case(s) lorsqu'il s'agit du ou des responsable(s) légal (aux) de l'enfant inscrit)

RESPONSABLE 1 : PERE MERE TUTEUR(RICE)

RESPONSABLE 2 : PERE MERE TUTEUR(RICE)

NOM : Prénom :

NOM:.....Prénom :

Adresse:.....

Adresse:.....

Code Postal : Ville :

Code Postal:.....Ville :

Profession :

Profession:.....

Domicile :

Domicile:

Travail :

Travail:.....

Portable :

Portable:.....

Adresse email :

Adresse email :

Renseignements Administratifs
SITUATION PARENTALE : Mariés Séparés Divorcés Pacsés Union Libre Veuf(ve) Célibataire
Qui a la garde de l'enfant : Le père La mère Autre :

Qui est autorisé à récupérer l'enfant : Le père La mère Autre :

Si un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, il est impératif de joindre une pièce justificative légale.

Numéro d'Allocataire : CAF de : Quotient Familial :

 REGIME GENERAL (Fonction Publique, Secteur privé, ...) MSA EDG-GDF-SNCF-RATP-Pêche Maritime

Nombre d'enfants à charge : Revenu imposable du ménage :€

	Responsabilité civile Individuelle accident :	Complémentaire santé (mutuelle) :
Compagnie		
Contrat N°		

Personne(s) Autorisée(s) à venir chercher l'Enfant & A prévenir en cas d'urgence, après les parents

A prévenir en cas d'urgence (x)	NOM/PRENOM	TELEPHONE(S)	LIEN AVEC L'ENFANT
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

AUTORISATIONS PARENTALES

IMAGE

Le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant accepte(nt)

ARTICLE 1 : PRISES DE VUES : que leur enfant mineur soit photographié par l'ODEL au cours des séjours péri et extra scolaires pendant les diverses activités organisées ; que les prises de vue le concernant soient utilisées en vue de la communication interne et externe de l'ODEL, en particulier sur le site internet et sur les supports de communication papier de l'association, ainsi que pour la communication destinée à illustrer auprès des pouvoirs publics, les activités menées ; que l'ensemble des prises de vues des séjours péri et/ou extra scolaires auquel participe leur enfant, et sur lesquelles il est susceptible d'apparaître, soient diffusées sur un espace sécurisé du site internet ODEL, accessible aux parents ayant accepté la présente clause en signant le dossier d'inscription.

ARTICLE 2 : DIFFUSION DES PHOTOGRAPHIES : sous réserve des dispositions de l'article 1 ci-dessus, que lesdites photographies soient diffusées dans les strictes conditions suivantes : support de la diffusion : site internet de l'ODEL et de la commune, support de communication papier, diffusion non commerciale ; destination : diffusion aux collectivités territoriales et partenaires publics de l'association, communication interne et externe de l'association, aux familles ayant accepté la présente autorisation ; lieu de la diffusion : diffusion internationale compte tenu de la mise en ligne sur internet via les réseaux sociaux ; durée de l'autorisation : consentie pour une durée de 3 ans à compter de la signature des présentes, la troisième année l'autorisation vaut pour l'année civile entière.

ARTICLE 3 : UTILISATION VIA LE SITE INTERNET PAR LES FAMILLES ADHERENTES : Les familles ayant accepté la présente clause bénéficient d'un code d'accès communiqué en fin des séjours péri et/ou extra scolaires pour télécharger les photographies de leurs enfants. Toutefois, il est expressément précisé que les photographies téléchargées faisant apparaître d'autres personnes que leurs enfants ne pourront être utilisées qu'à titre strictement personnel et familial, sans aucune diffusion extérieure. Notamment, la diffusion sur des réseaux sociaux et sites personnels est strictement interdite. Toute diffusion non-conforme sera susceptible d'engager la responsabilité de son auteur.

L'ODEL s'engage à ce que les photographies ne portent pas atteinte à la dignité de l'enfant.

ARTICLE 4 : La présente acceptation des articles relatifs à la prise de vues est consentie à titre gratuit.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant et la gestion du consentement qui peut être exercée par mail : adl@odelvar.com

CONSULTATION QUOTIENTS FAMILIAUX

Le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant autorise(nt)

L'ODEL et le Service Enfance et Affaires scolaires de la Commune à accéder aux données à caractère personnel au sens de la loi n°78 du 06/01/78 uniquement via le site sécurisé « Mon compte partenaire » CDAP donnant accès au **Quotient Familial** uniquement, pour le calcul du tarif des prestations, dans le cas où ce dernier n'ait pas été fourni à l'inscription.

Dans la négative le tarif maximal/jour/enfant sera appliqué.

ENVOI par MAIL et SMS

Le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant autorise(nt) : MAIL SMS

L'envoi de SMS et/ou Mails par l'Odel pour toutes informations relatives aux activités de l'association et aux factures des prestations réservées.

DOCUMENTS A FOURNIR

La présente fiche renseignée, datée et signée
Fiche sanitaire complétée, datée et signée
Attestation(s) d'assurance scolaire (mercredis), extra-scolaire (vacances) et responsabilité civile
Copie du carnet de vaccination avec le nom de l'enfant <u>OU</u> certificat médical rempli par le médecin traitant
Photo d'identité récente
Jugement de divorce ou de séparation
Attestation CAF mentionnant le quotient familial ET les prestations perçues OU dernier avis d'imposition
Justificatif de domicile (facture d'eau, d'électricité, de téléphone, ...)
Justificatif de travail (attestation ou dernière fiche de paie caviardé)
Un RIB si vous voulez être en prélevé automatiquement

Renseignements sanitaires concernant l'enfant :

A RENDRE SOUS ENVELOPPE CACHETEE

NOM : PRENOM : Age : Sexe : M F

Date de naissance :

Nom prénom du parent 1 : N° de téléphone.....

Nom prénom du parent 2 : N° de téléphone.....

VACCINATIONS*

J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccination et joins la copie du carnet de vaccination

ATTESTATION MEDICALE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le ou la jeune : il
ou elle a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations (cf loi du 01.01.2018).

Observations éventuelles :

Cachet ou Nom, adresse du Médecin

Date et signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance

MALADIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Scarlatine			Rubéole			Rhumatismes		
Varicelle			Oreillons			Angine		
Coqueluche			Rougeole			Otite		

ALLERGIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Médicaments			Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour sa scolarité (si oui : fournir une copie)		
.....							
Alimentaires			Autres					
.....							

Conduite à tenir :

.....

EN FONCTION DES ACTIVITES DEPLOYEES : un certificat médical de non contre-indication vous sera demandé uniquement pour les activités physiques et sportives suivantes : Plongée subaquatique (dont PMT), sports aériens et vol libre.

INDIQUEZ CI APRES :

SPECIFIER LES ANTECEDENTS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX OU TOUT AUTRE ELEMENT D'ORDRE MEDICAL CONSIDERE PAR LES PARENTS COMME SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEROULEMENT DU SEJOUR :

.....
.....

LES DIFFICULTES DE SANTE (ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, REEDUCATION,...) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...) :

.....
.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (par ordre d'appel) :

Nom	Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

Traitement des données personnelles

Les informations recueillies dans ce dossier font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter les échanges entre les familles inscrites au service, l'Odel et la Mairie ainsi qu'à la facturation du service.
Les destinataires des données sont l'Odel et les services Enfance et Affaires Scolaires de la commune.

**Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au règlement général sur la protection des données (UE N° 2016/679), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à :
ODEL, 9 Rue d'Antrechaus, 83000 Toulon ou par mail : adl@odelvar.com**

L'ODEL responsable du traitement est représenté par son Directeur Général Mr Marc Lauriol.

La plupart des données de votre compte et les données liées à vos inscriptions sont conservées en bases opérationnelles pendant la durée nécessaire à la relation avec l'ODEL. Vos données seront ensuite archivées avec un accès restreint pour une durée supplémentaire en lien avec les durées de prescription et de conservation légale pour des raisons strictement limitées et autorisées par la loi. Passé ce délai, elles seront supprimées.

Signature Obligatoire du responsable légal

Je soussigné(e),....., Responsable Légal de l'Enfant, reconnais avoir rempli la présente fiche et certifie exact les renseignements fournis et :

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- Je m'engage à informer par écrit l'Accueil de Loisirs de toute modification qui surviendrait en cours d'année,
- Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif de l'organisateur, des conditions de réalisation (spécifiques pour chaque séjour) et du Règlement Intérieur du Centre.
- les renseignements portés sur la présente fiche et autorise le responsable de l'Accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

A le/...../.....
« Lu et Approuvé » (mention manuscrite)

Signature du responsable 1 :

Signature du responsable 2 :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ODEL VAR ALSH SOLLIES-TOUCAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ODEL VAR ALSH SOLLIES-TOUCAS.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre nom *

Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse *

Numéro et nom de rue

Code postal Ville

FRANCE

Pays

Les coordonnées
de votre compte *

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier *

ODEL VAR ALSH SOLLIES-TOUCAS

Nom du créancier

I.C.S. *

FR 78 ZZZ 450432

Identifiant créancier SEPA

Adresse du
créancier *

PLACE DES ECOLES

Numéro et nom de la rue

83210

SOLLIES TOUCAS

Code postal Ville

FRANCE

Pays

Type de paiement *

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à *

Lieu

Date : JJ/MM/AAAA

Signature *

Veuillez signer ici

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du
débiteur

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le
compte duquel le
paiement est effectué
(si différent du
débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre ODEL VAR ALSH SOLLIES-TOUCAS et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

Tiers créancier

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné

Numéro d'identification du contrat

Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier