

# Les Aventur'Riez

Nom : ..... Prénom : .....

né(e) le : ..... à : ..... Sexe : M / F

Classe : ..... Ecole : .....

Régime d'appartenance (CAF, MSA, Autres) : ..... N° Allocataire : .....

## Responsables

### Responsable 1

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tel domicile : .....

Tel portable : .....

Email : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Tel bureau : .....

Situation matrimoniale : .....

Parenté : .....

Droit de prise en charge : OUI - NON

Utilisation de l'adresse email pour l'envoi de

Factures  Informations générales

### Responsable 2

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Tel domicile : .....

Tel portable : .....

Email : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Tel bureau : .....

Situation matrimoniale : .....

Parenté : .....

Droit de prise en charge : OUI - NON

Utilisation de l'adresse email pour l'envoi de

Factures  Informations générales

## Délégués

| Nom | Téléphone | Lien de parenté | Prise en charge de l'enfant | A contacter en cas d'urgence |
|-----|-----------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|
|     |           |                 | Oui / Non                   | Oui / Non                    |
|     |           |                 | Oui / Non                   | Oui / Non                    |
|     |           |                 | Oui / Non                   | Oui / Non                    |
|     |           |                 | Oui / Non                   | Oui / Non                    |
|     |           |                 | Oui / Non                   | Oui / Non                    |

# Les Aventur'Riez

## Documents à fournir

Attestation du quotient CAF ( en l'absence de ce document le tarif le plus élevé sera appliqué)

Photocopie des vaccins

Fiche sanitaire

Attestation d'assurance scolaire

## Mutuelle et responsabilité civile

Mutuelle : .....

N° : .....

Responsabilité civile : .....

N° : .....

## Autorisations

Droit à l'image : .....

Participer à toutes les activités physiques et sportives : .....

Autorisé à quitter la structure seul(e) : .....

Hospitalisation et soins : .....

Transport : .....

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant, atteste de l'exactitude des renseignements portés sur ce document ainsi que d'avoir pris connaissance du règlement intérieur, m'engage à prévenir en cas de changement d'une ou plusieurs informations contenues dans cette présente fiche.

Date et signature :

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à une prise en charge de qualité de votre enfant et à la gestion administrative de votre dossier. Le destinataire des données est Les Aventur'Riez. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous contactant. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*