

Accompagnement à la scolarité 2019/2020

*** Enfant**
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 École :
 Classe :
Autorisé à :
 - Faire toutes les activités du centre : Oui Non
 - Repartir seul Oui Non
 - Être hospitalisé en cas de problème de santé : Oui Non
 - Être photographié et filmé conformément aux lois de protection de l'image(CNIL) Oui Non
 - P.A.I. Oui Non

*** Enfant**
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 École :
 Classe :
Autorisé à :
 - Faire toutes les activités du centre : Oui Non
 - Repartir seul Oui Non
 - Être hospitalisé en cas de problème de santé : Oui Non
 - Être photographié et filmé conformément aux lois de protection de l'image(CNIL) Oui Non
 - P.A.I. Oui Non

*** Enfant**
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 École :
 Classe :
Autorisé à :
 - Faire toutes les activités du centre : Oui Non
 - Repartir seul Oui Non
 - Être hospitalisé en cas de problème de santé : Oui Non
 - Être photographié et filmé conformément aux lois de protection de l'image(CNIL) Oui Non
 - P.A.I. Oui Non

*** Enfant**
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 École :
 Classe :
Autorisé à :
 - Faire toutes les activités du centre : Oui Non
 - Repartir seul Oui Non
 - Être hospitalisé en cas de problème de santé : Oui Non
 - Être photographié et filmé conformément aux lois de protection de l'image(CNIL) Oui Non
 - P.A.I. Oui Non

*** Adhésion N°**
 Ind : Fam
 Wx : Ext :
 Régl:

***N° alloc CAF ou autre régime (préciser) :**
 Quotient familial :
 N° sécurité social :

***Personnes autorisées à reprendre l'(es) enfant(s) + tel :**

Accompagnement scolaire
 Lundi 15h30/17h30
 Mardi 16h30/18h30
 Mercredi 13h30/17h
 Jeudi 16h30/18h30
 Vendredi 16h30/18h30



*** Adulte 1**
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tel portable :
 Tel fix :
 Profession :
 Employeur :
 Mail :
 Accepté d'être photographié et filmé conformément aux lois de protection de l'image(CNIL) Oui Non

*** Adulte 2**
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tel portable :
 Tel fix :
 Profession :
 Employeur :
 Mail :
 Accepté d'être photographié et filmé conformément aux lois de protection de l'image(CNIL) Oui Non

 - J'ai lu et approuvé le règlement intérieur des A.C.M
 - J'ai bien pris connaissance de l'article 11(RGPD)
 Fait àle.....
 Signature de l'intéressé(e) :
 (Avec mention lu et approuvé)
 La mère Le père Le tuteur

*** A remplir obligatoirement**