

\* 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 :



\* 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 à .....le.....

Signature de l'intéressé(e) :  
(Avec mention lu et approuvé)

La mère  Le père  Le tuteur

\* A remplir obligatoirement