

FICHE D'INSCRIPTION

FAMILLE

Responsable Légal	
Civilité	<input type="text"/>
Nom d'usage	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Situation Familiale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	
<input type="text"/>	
Téléphone Domicile	Téléphone Professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Portable	Email
<input type="text"/>	@
Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse Employeur	
<input type="text"/>	

Conjoint(e) (Père ou mère)	
Civilité	<input type="text"/>
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Autorité Parentale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Domicile	Téléphone Professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Portable	Email
<input type="text"/>	@
Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse si différente du responsable Légal	
<input type="text"/>	

Données CAF

Identifiant Personnel (H si enfant handicapé)

Allocataire CAF n° Allocataire _____ QF

Allocataire MSA n° Allocataire _____ QF

ENFANT

Nom	Prénom	sexe	Date de Naissance	Lieu de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Scolarité (école)				
<input type="text"/>				

Données Complémentaires (cocher si accord)

Autorisation de sport
 Autorisation de prise de vue
 Autorisation à partir seul
 Autorisation de baignade
 Autorisation de maquillage

Port de lunettes
 Port d'un appareil dentaire
 Port d'un appareil auditif
 l'enfant sait-il nager

non oui

Pratiques alimentaires

(A cocher)

Sans sel sans porc sans sucre

sans viande sans arachide sans lait

PAI Autres _____

Autorisations

Vous devez au moins mandater une personne pour récupérer votre enfant.

Je soussigné (e) _____, responsable légal de l'enfant, nom _____
donne mandat à :

NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	

Je décharge en conséquence le Centre Intercommunal d'Action Sociale Privas Centre Ardèche de toute responsabilité dès lors que l'enfant mentionné a été remis à l'une des personnes mentionnées. Je suis informé que je peux révoquer les mandats consentis au titre du présent formulaire à tout moment, la révocation devant être écrite et prenant effet le lendemain du jour où elle est reçue.

2021
Date
Signature

"Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par le CIAS de la CAPCA. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour la continuité de nos services. Vos informations personnelles sont conservées pendant le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi, à moins que vous exerciez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire. Pendant cette période, nous mettons tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes. Pour toute information complémentaire ou réclamation vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante: rgpd@inforoutes.fr."