**ACCUEIL DE LOISIRS PRINTEMPS 2020**

**ENFANTS DU PERSONNEL DES PERSONNELS INDISPENSABLES**

**A LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE**

**ENFANT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom**  |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Adresse** |  |

**PARENTS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Prénom** | **Téléphone** |
| **MERE** |  |  |  |
| **PERE** |  |  |  |

**SANTE DE L’ENFANT**

|  |
| --- |
| **Nom du médecin traitant : Téléphone :****Centre hospitalier souhaité en cas d’urgence :** |
| **Observations médicales particulières :** **Projet d’Accueil Individualisé (PAI/traitement ou régime) :**  |

**Personnes susceptibles de venir chercher l’enfant** (en dehors des parents)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom/prénom** | **Adresse** | **Téléphone** | **Lien de parenté** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Existe-t-il des dispositions particulières pour la garde de votre enfant : oui - non**

**Si oui lesquelles ?** --------------------------------------------------------------------------------------

**J’autorise**

**Les agents municipaux concernés à photographier/filmer mon enfant pour une éventuelle publication de ces images dans les supports municipaux.**

**Le personnel d’encadrement à prendre toutes les mesures d’urgence prescrites par le médecin y compris l’hospitalisation et l’anesthésie en cas de maladie ou accident.**

 Seclin, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 « Lu et approuvé »

Signature de la mère Signature du père

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service enfance jeunesse insertion. Elles seront conservées pendant la durée de l’accueil de loisirs destiné aux enfants des personnels soignants. Conformément à la loi informatique et libertés, vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service enfance jeunesse insertion au 03.20.62.94.42