

AUTORISATIONS 2024



Je soussigné(e)

Nom (du représentant légal ou du tuteur) :

Prénom :

Adresse :

Autorise mon enfant (nom et prénom de l'enfant) :

Autorisations de départ

À rentrer seul(e) à la fin de l'activité.

OUI NON

À partir seul(e) de l'espace jeunes librement sans contrainte horaire.

OUI NON

Autorisations droit image

Précise dans quel cadre, je donne l'accès à l'équipe encadrante, d'utiliser, de reproduire et de diffuser les photographies et vidéos représentant mon (mes) enfant(s).

Dans ce cadre, ces photos et vidéos pourront être publiées :

Sur le site internet de l'association	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur le site internet de la municipalité	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur les réseaux sociaux de l'AIFR et structures jeunesse locales	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur la presse locale	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur le bulletin municipal communal	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur les supports de communication telles que plaquettes, brochures, panneaux de présentation, rapport de stage, vidéo des spectacles, vidéo de promotion... (liste non exhaustive)	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas

Je donne l'accès à l'équipe encadrante sur la diffusion du nom et prénom du jeune dans le cadre de projet :

autorise n'autorise pas

Autorisations diverses

À voyager en voiture individuelle (dont le conducteur est une personne ayant + de 21 ans et + de 2 ans de permis) si la situation se présente ou le nécessite.

À se baigner en piscine ou sur un lieu autorisé suivant la réglementation.

À être pris en charge par les responsables qui prendront toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.

Accepte que mon numéro de téléphone soit utilisé pour intégrer un groupe WhatsApp de parents, dans le cadre d'un séjour ou d'un projet.

Le :

À :

Signature :

		Informations sur les parents			
		Parent 1		Parent 2	
		<i>(Parent qui a ouvert le dossier d'allocations auprès de la CAF ou de la MSA.)</i>			
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e)s <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) / Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)s				
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur		<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur		
Nom					
Prénom					
Date de naissance/...../.....	/...../.....		
Adresse	Code Postal : Ville :				
Adresse Email :					
Tél. Fixe :					
Tél. Portable :					
Tél. Travail :					
Situation Professionnelle	P1 P2 <input type="checkbox"/> Parent au foyer <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Salarié agricole <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Enseignant	P1 P2 <input type="checkbox"/> Fonctionnaire territorial <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Exploitant agricole	P1 P2 <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Fonctionnaire d'état <input type="checkbox"/> Fonctionnaire hospitalier <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise		
Employeur					

REGIME du RESPONSABLE	<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime agricole	
N° allocataire CAF : <i>(Vendée)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N° allocataire MSA : <i>(Loire-Atlantique / Vendée)</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Quotient familial : <input type="text"/>	

Si vous n'êtes pas allocataire CAF Vendée ou allocataire MSA Loire-Atlantique/Vendée, cochez la case suivante

ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil jeunes <input type="checkbox"/> Séjours vacances <input type="checkbox"/> T.A.P.
	Date de naissance :	Sexe :	
	Ecole :	Classe :	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil jeunes <input type="checkbox"/> Séjours vacances <input type="checkbox"/> T.A.P.
ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	
	Date de naissance :	Sexe :	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil jeunes <input type="checkbox"/> Séjours vacances <input type="checkbox"/> T.A.P.
	Ecole :	Classe :	
ENFANT INSCRIT	Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil jeunes <input type="checkbox"/> Séjours vacances <input type="checkbox"/> T.A.P.
	Date de naissance :	Sexe :	
	Ecole :	Classe :	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil jeunes <input type="checkbox"/> Séjours vacances <input type="checkbox"/> T.A.P.

ADHESION	Souhaitez-vous être adhérent Familles Rurales cette année ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<small>En adhérant à l'association Familles Rurales de ma commune, je soutiens les bénévoles qui créent et font fonctionner au quotidien les services dont j'ai besoin, pour moi-même et/ou mes enfants : je reconnais ainsi l'investissement, l'énergie qu'ils y consacrent dans le but d'améliorer le cadre de vie des habitants et de dynamiser la vie locale.</small>		

Je déclare : *(Cochez les cases suivantes)*

Autoriser AJIFR CANTON ROCHESERVIERE à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF ou de la MSA, dont les ressources N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap et bénéficiaire de l'Aeeh afin de calculer le tarif qui me sera facturé dans le cadre de l'accueil de mon ou mes enfants dans la structure GPT AIFR SECTEUR DE ROCHESERVIERE et à conserver les copies d'écran de cette consultation pendant 5 ans minimum.

Avoir lu et accepté le règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le logiciel destiné à la gestion et à la facturation des activités Familles Rurales. Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder 3 ans sauf si vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant. Conformément à la loi informatique et libertés ainsi qu'au règlement général sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données, ainsi qu'un droit de limitation et un droit d'opposition au traitement de vos données à caractère personnel – DPO : John PETIT – dpo@famillesrurales85.org

1 exemplaire de cette fiche adressé à la fédération permet le justificatif auprès de la compagnie d'assurances

Fait le :

Signature

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, a-t-il un régime alimentaire particulier ?... **PRÉCISEZ**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

5 – RESPONSABLE LÉGAL DEL'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXEET/OUPORTABLE DOMICILE : BUREAU :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :