

Personnes autorisées à venir chercher l'(es) enfant(s) : Père Mère

Autres préciser (nom, prénom, tel, lien avec l'enfant)

-
-
-

Personnes à contacter en cas d'urgence : Père Mère

Autres préciser (Nom, prénom, tel, lien avec l'enfant)

-
-
-

Je soussigné(e).....autorise les responsables de l'accueil de Loisirs à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur (nom, adresse, tel) :

.....
.....

Je reconnais avoir été informé que cette inscription ne sera pas prise en compte si je ne suis pas à jour des règlements précédents.

Toute semaine entamé est due sauf si l'enfant est malade, obligation de fournir un certificat médical.

Si exceptionnellement, mon (mes) enfant(s) devait quitter l'accueil de loisirs avant la fin, je m'engage à fournir une décharge auprès de la personne responsable.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Les informations à caractère personnel recueillies par le maire de Vigneulles les Hattonchâtel font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion de l'accueil de loisirs. Elles seront conservées le temps nécessaire à leur utilisation.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez disposer d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de celles - ci (dans le respect du cadre légal), en contactant le responsable des traitements M. ZINGERLE, maire de Vigneulles les Hattonchâtel.

A....., Le.....

Signature des parents