

fiche de renseignements enfant – Ti Poupenn



Photocopie du livret de famille obligatoire



Nom :

Prénom :

Féminin Masculin

Date et lieu de naissance :

Représentant légal 1: père mère tuteur légal

parent investi du droit de garde

NOM :

Prénom :

Adresse :

Portable :

Domicile :

Travail :

Courriel :@.....

Situation familiale :

Profession:

Représentant légal 2: père mère tuteur légal

parent investi du droit de garde

NOM :

Prénom :

Adresse :

Portable :

Domicile :

Travail :

Courriel :@.....

Situation familiale :

Profession:

Facturation

N° allocataire CAF :

Vous nous donnez par cela l'autorisation de consulter vos ressources N-2 sur le site dédié **CDAP** (Consultation du Dossier Allocataire par les Partenaires).

Si vous n'êtes pas allocataire CAF, merci de nous remettre une attestation signifiant votre quotient familial.

Si vous ne fournissez aucun de ces renseignements, le tarif maximum sera appliqué.

Nombre d'enfants dans la famille:

Autorisation de prélèvement automatique (formulaire disponible auprès de la directrice)

Autorisations parentales

Je soussigné(e) :

Autorise les personnes ci-dessous désignées, à venir chercher mon enfant (une pièce d'identité sera demandée):

Nom, prénom et lien de parenté Tél :

Adresse:

Nom, prénom et lien de parenté Tél :

Adresse:

Nom, prénom et lien de parenté Tél :

Adresse:

Autorisations

Autorise le transport (minibus) de mon enfant dans le cadre de sorties pédagogiques.

Autorise le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des publications de la ville liées aux activités de la petite crèche:

Uniquement affichage au sein de la structure

Dans la presse, site web et réseaux sociaux

Renseignements médicaux



Photocopie du carnet de vaccination

et certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité obligatoires

Médecin traitant : Tél :

Votre enfant est-il allergique à certains médicaments ? Oui Non

Si **oui**, lesquels ?

Projet d'Accueil Individualisé :

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI ? Oui Non

Votre enfant a-t-il un problème de santé particulier ? Oui non

Si **oui**, lequel ?

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Si **oui**, lequel ?

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant

- autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- autorise le personnel de la petite crèche à administrer des médicaments suivant les protocoles établis par la structure et sur ordonnance médicale.
- approuve le règlement de fonctionnement de la petite crèche de la ville de Trébeurden (disponible sur le site de la ville).
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date et signature

RGPD

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la direction du service enfance et sont conservées pendant 1 an.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données en adressant une demande à dpo@trebeurden.fr (Pour plus d'informations sur vos droits, consultez le site cnil.fr).