Accueil de loisirs O2Bulle
**Service Enfance Jeunesse**
Place du Marché couvert
03270 SAINT-YORRE
Bureau : 04.70.59.47.72. / Château Robert : 04.70.56.71.22.
E-mail : inscription.st.yorre@gmail.com / enfance.jeunesse@ville-saint-yorre.fr

# FICHE ENFANT 2026-2027

**ENFANT**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOM :** | **Prénom :** | **Né(e) le :** | **Sexe :** ☐ **M /** ☐ **F** |
| **Adresse postale :** | | **Ville :** | |

**ENVIRONNEMENT FAMILIAL**

| **Représentants légaux** | **1** | **2** | **N° DOSSIER CAF : 03 ou 63** |
|---|---|---|---|
| **Nom de naissance** | | | |
| **Prénom** | | | |
| **Date de naissance** | | | Numéro de dossier indispensable pour mise à jour des tarifs (tarifs calculés selon revenus). En remplissant cette case, vous consentez à la consultation de vos ressources N-2 sur le site de la CAF. |
| **Lieu de naissance** | | | |
| **Profession** | | | A défaut, nécessité de l'avis d'imposition de l'année N-1 sur revenus N-2. Sans ces informations, application du **tarif maximal**. |
| **Employeur** | | | |
| **Tel travail** | | | |
| **Tel personnel** | | | |
| **Mail de la famille :** | | | |
| **Adresse postale** (si différente) **:** | | **Ville :** | |
| **Situation familiale** | ☐ en couple ☐ pacsés ☐ mariés ☐ divorcés ☐ séparés ☐ veuf(ve) | | |

**Personnes autorisées à récupérer mon enfant et à prévenir en cas d'urgence** (**hors représentants légaux**)

| **NOM** | **Prénom** | **Téléphone** | **Lien de parenté avec l'enfant** |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**SANITAIRE**

| | | |
|---|---|---|
| **PAI :** ☐ OUI ☐ NON | **Document à transmettre IMPERATIVEMENT** | Préciser : |
| **Enfant bénéficiaire AEEH :** ☐ OUI ☐ NON | **Document à transmettre IMPERATIVEMENT** | |
| **Allergies :** ☐ OUI ☐ NON | Préciser : | |
| **Difficultés de santé :** ☐ OUI ☐ NON | Préciser : | |
| **Régime alimentaire particulier :** ☐ OUI ☐ NON | Préciser : | |
| **Autres remarques :** | | |
| **Médecin traitant :** NOM ….. | Prénom ….. | |
| Téléphone ….. | Ville ….. | |

**AUTORISATIONS**

| | | |
|---|---|---|
| Sorties organisées par le centre : | ☐ OUI | ☐ NON |
| Droit à l'image : | ☐ OUI | ☐ NON |
| Transport : (bus/minibus notamment pour la cantine) | ☐ OUI | ☐ NON |
| Partir seul : (enfant de + de 8 ans seulement) | ☐ OUI | ☐ NON |

**Rappel de l'article 10 du règlement intérieur :**

En signant les fiches d'inscriptions, vous vous engagez à **respecter les clauses citées dans le règlement intérieur** du service, disponible sur la page Facebook "Accueil de loisirs O2bulle, St-Yorre" ou sur demande auprès de la direction.

**Gestion et protection des données :**

Je, soussigné(e) Mme / M. ....., responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus :

☒ déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

☒ déclare avoir noté que les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour établir la facturation et une bonne organisation du service (RGPD).

*Elles sont conservées pour une durée de 10 ans et sont destinées aux services animation et facturation. Conformément à la loi informatique et liberté, vous pouvez exercer le droit d'accès vous concernant et les faire rectifier en contactant l'équipe de direction.*

**Date :**

**Signature du/des responsable(s) légal/aux de l'enfant**