

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ENFANT**  
**ACTIVITÉS ESPACE FAYOLLE**

Cadre réservé à l'administration			
Réinscription		Nouvelle inscription	
Arrivée le		Arrivée le	
Entrée logiciel		Essai	
€		Entrée logiciel	
Observations		€	
CM validité		Observations	

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon

**Activités Municipales (Précisez jours et heures)**

Éveil à la danse			
Danse Classique			
Danse Hip Hop			
Modern ou Street Jazz			
Arts plastiques			
Stage ou autre activité			

**Activités Associatives (Précisez jours et heures)**

<input type="checkbox"/> Piano <input type="checkbox"/> Violon <input type="checkbox"/> Guitare			
<input type="checkbox"/> Les Petite Z'oreilles <input type="checkbox"/> Chorale			
Poterie / Mosaïque			
Théâtre			

Responsable Légal 1 - <i>Le Payeur</i>		Responsable Légal 2	
<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme		<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme	
Nom / Prénom		Nom / Prénom	
Qualité	<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre:.....	Qualité	<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre:.....
Adresse		Adresse	
Tél-Portable ( <i>obligatoire</i> )		Tél-Portable ( <i>obligatoire</i> )	
E-mail ( <i>obligatoire</i> )		E-mail ( <i>obligatoire</i> )	

## Santé

	Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
L'enfant suit-il un traitement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'enfant a-t-il des allergies ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### En cas d'urgence

J'autorise le personnel de l'Espace Fayolle à prendre toutes les décisions nécessaires en cas d'urgence ou d'accident.

Quels sont les personnes à prévenir, si impossibilité de joindre un des parents ?

Nom - Prénom et téléphone : ..... Lien avec l'enfant:.....

Nom - Prénom et téléphone : ..... Lien avec l'enfant:.....

Nom - Prénom et téléphone : ..... Lien avec l'enfant:.....

### Autorisations diverses

J'autorise la publication de photo ou d'enregistrement de mon enfant (bulletin municipal, réseaux sociaux Ville de Guéret, presse...).

J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité terminée (horaire précisé dans la plaquette).

J'autorise mon enfant à rentrer avec un adulte référent, il s'agit de :

Mr  Mme      Nom - Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....  
Téléphone:.....

✓ Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche de renseignements et m'engage à signaler toute modification à l'accueil secrétariat de l'Espace Fayolle.

### Signature(s)

Date et signature du responsable 1:

Date et signature du responsable 2:

*Les données à caractère personnel collectées sont destinées à la Ville de Guéret pour inscrire votre enfant aux activités de l'Espace Fayolle, gérer et adapter les activités à ses besoins et accomplir les formalités administratives obligatoires y afférentes. Elles seront conservées pendant 3 ans à compter de la fin de la dernière adhésion. Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité de vos données ainsi que d'un droit de limitation et d'opposition à leur traitement. Vous pouvez exercer vos droits et retirer à tout moment votre consentement au traitement en écrivant à [rgpd@ville-gueret.fr](mailto:rgpd@ville-gueret.fr)*