

**AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES**

**PÉRISCOLAIRES & EXTRASCOLAIRES**

ALSH L’île O loisirs (Mercredis / Vacances Scolaires et Séjours)

**NOM de l’enfant :** …………………………………………………………………………………………...

Je soussigné (e) ………………………………………………..

**NOM - Prénom du responsable légal 1 :**………………………………………………………………….

**NOM - Prénom du responsable légal 2**:………………………………………………………………….

Reconnaît avoir pris connaissance des points ci-dessous et :

* **AUTORISATION DE SORTIE**

□ autorise le personnel à accompagner mon enfant hors de l’enceinte de l’établissement pour les sorties éducatives **sur Saint-Amand Montrond** organisées par l’ALSH « L’île O Loisirs » sur tous les temps d’accueil.

□ autorise le personnel à accompagner mon enfant hors de l’enceinte de l’établissement pour les sorties éducatives **à l’extérieur de Saint-Amand Montrond** organisées par l’ALSH « L’île O Loisirs ». Je serai prévenu(e) au préalable des sorties nécessitant un moyen de transport.

* **PERSONNES AUTORISÉES à récupérer mon Enfant**

□ autorise expressément les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant (personnes majeures et munies d’une carte d’identité en cours de validité)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMS / Prénoms | Adresse | Téléphones | Lien avec l’enfant |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **AUTORISATION DE DROIT A L’IMAGE**

□ autorise les animateurs du centre à photographier dans le cadre pédagogique mon enfant……………………………………….au cours des activités à l’ALSH l’île O Loisirs y compris les sorties et les séjours.

□ autorise l’équipe d’animateurs à diffuser les photos prises de mon enfant…………………………………….sur ces supports de communication :

***(Cocher les cases que vous autorisez)***

□ Exposition au Centre □ Site Internet Communal □ N’autorise pas

□ Réseaux Sociaux (Facebook / Intramuros) □ Bulletin Municipal □ Presse locale

* **AUTORISATION SANTÉ**

□ autorise la responsable de l’établissementà prendre les mesures d’urgence nécessaires concernant la santé de mon enfant (SAMU/Pompiers) en respect du protocole établi dans la structure ;

□ autorise le personnel habilité à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par le médecin traitant et en accord avec la procédure stipulée dans le règlement de fonctionnement

|  |
| --- |
| Les informations recueillies sur ce formulaire sont destinées au Département Petite Enfance Jeunesse Scolaire Parentalité **de la Ville de Saint-Amand-Montrond**pour **l’inscription des enfants en ALSH et coordonnées des personnes autorisées**. Les données collectées sont communiquées aux agents en fonction des finalités et sont conservées par :* Le personnel de la structure pour les coordonnées, contacts des personnes autorisées et les autorisations.
* Le service administratif du département (dossier complet)
* Le Guichet Unique pour les informations nécessaires à la facturation des services.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données**. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données.** Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter **le Délégué à la Protection des Données de la Ville de Saint-Amand-Montrond** dpo@ville-saint-amand-montrond.fr **.** Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. |

**Date et signature des parents ou représentants légaux**

A………………………………………., le……………………………….

Signature :……………………………….