RACINES D'ARGOAT
Les faiseurs de rêves
Association Racines d'Argoat
1 Rue de Roc Hiou - Laniscat 22570 BON REPOS SUR BLAVET
Tél: 02 96 24 90 75
racines.argoat@orange.fr www.racines.bzh

Autorisation parentale obligatoire pour enfant mineur

NOM et Prénom du mineur: ……
Date et lieu de naissance: ……..
Adresse (si différente de celle des parents/tuteurs): ……

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS DE L'ENFANT

PÈRE: NOM: …… Prénom: ……
Adresse: ……
Tél fixe: …… Tél Portable: …… Travail:……..
Email: ……..
MERE: NOM: …… Prénom: ……..
Adresse: ……..
Tél fixe: …… Tél Portable: …… Travail: ……..
Email: ……..

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul: ☐ OUI ☐ NON

En cas d'accident et en l'absence des responsables légaux, personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant.
Nom Prénom (parenté): ……
Fixe/Portable/Travail: ……
Nom Prénom (parenté): ……
Fixe/Portable/Travail: ……

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Le mineur présente-t-il des troubles de santé (allergies alimentaires et/ou médicamenteuses, asthme, diabète, épilepsie, autres…) ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez: ……
……

Traitement de fond: ☐ NON ☐ OUI précisez: ……

RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS:
(ex: lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, problème d'énurésie, …) :
……
……

RACINES D'ARGOAT
Les faiseurs de rêves

DECLARATION CNIL

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription des enfants. Le destinataire des données est l'association RACINES d'Argoat. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au bureau de l'association. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer à la diffusion des données vous concernant.

Je soussigné(e) ……
responsable légal de l'enfant ……..

-Autorise l'association Racines d'Argoat, son et lumière de Bon Repos, à prendre toutes les mesures qu'elle jugera utiles au cas où l'enfant aurait besoin de soins urgents et autorise le corps médical à toute intervention urgente jugée nécessaire y compris: soins, anesthésie, transfusion, intervention chirurgicale.
-Certifie que les vaccinations obligatoires de l'enfant sont à jour, qu'il bénéficie d'une couverture sociale et d'une assurance responsabilité civile.
-M'engage à ce que l'enfant soit confié à **son responsable sur le site** de Bon Repos, puis à venir le chercher. Le responsable sur le site est obligatoire et il doit également être inscrit. Sans lui, la participation aux spectacles sera compromise.
-Décharge Racines d'Argoat de toute perte de vêtement ou d'objets de l'enfant durant les répétitions et spectacles.
-Autorise l'enfant à participer aux spectacles du son et lumière proposés par Racines d'Argoat ainsi qu'aux répétitions qui s'y rapportent.
-Racines d'Argoat se décharge de toute responsabilité, vis-à-vis de mineurs, en dehors des créneaux horaires des spectacles et des répétitions afférentes.
-Autorise que l'enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de Racines d'Argoat et du site de Bon Repos. *Merci d'indiquer tout refus par écrit* (dans cette éventualité, la participation aux spectacles sera compromise).
-Déclare exacts les renseignements indiqués sur cette fiche et m'engage à avoir communiqué toute information utile, ainsi qu'à faire part à Racines d'Argoat de tout changement intervenant au cours de l'année.

Fait à…….. Le…….

Signature OBLIGATOIRE
du ou des responsables de l'autorité parentale
Précédée de la mention « **Lu et approuvé** »