La fiche de renseignements

LES RESPONSABLES LÉGAUX

	RESPONSABLE LÉGAL.E 1	RESPONSABLE LÉGAL.E 2
NOM		
Prénom		
Lien de parenté avec l'enfant		
Adresse		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
Adresse mail		
Profession / employeur		
Numéro de sécurité sociale		
Situation familiale	☐ marié.e ☐ pacsé.e ☐ veuf.ve ☐ célibataire ☐ divorcé autre : ……....	☐ marié.e ☐ pacsé.e ☐ veuf.ve ☐ célibataire ☐ divorcé autre : ……....

LA CAISSE D'ALLOCATION

☐ CAF ☐ MSA ☐ AUTRE

Nombre d'enfants à charge : … mineur.s / … majeur.s / … handicapé.s

n° allocataire :

Quotient familial :

Les tarifs de l'accueil de loisirs sont calculés en fonction des ressources. J'autorise la direction à accéder au site CDAP (CAF PRO) pour connaître mon quotient familial : ☐ OUI ☐ NON

(si non, merci de joindre le justificatif CAF)

LES AUTORISATIONS

Liste des personnes autorisées à venir chercher mon/mes enfants (autres que les responsables légaux).

NOM	Prénom	En qualité de	Téléphone

LES ENGAGEMENTS

merci de rayer les mentions inutiles

Ayant pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs, je, sousigné.e _____ responsable légal.e de _____ :
- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- autorise mon enfant à participer aux différentes sorties et activités proposées par l'accueil de loisirs,
- autorise / n'autorise pas mon enfant à quitter seul.e l'accueil de loisirs (rayer la mention inutile)
- décharge la maison de quartier Francisco Ferrer de toute responsabilité en cas d'accident, survenant avant ou après la prise en charge effective de mon enfant par l'équipe d'animation,
- autorise la direction de l'accueil de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- m'engage à rembourser les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés par l'association en raison des soins engagés.

Droit à l'image :
☐ Autorise l'équipe d'animation à utiliser l'image photographique, vidéographique de mon enfant pour des besoins internes,
☐ Autorise la maison de quartier à utiliser l'image sous forme photographique, vidéographique de mon enfant pour une diffusion sur les réseaux de la maison de quartier (site internet, facebook, instagram)
☐ Je souhaite que mon enfant soit flouté

A Rennes, le

Signature :

Le R.G.P.D.

Le règlement général de la protection des données

Les informations recueillies vous concernant et concernant votre enfant font l'objet d'un traitement destiné à la Maison de Quartier Francisco Ferrer uniquement pour les finalités suivantes : gestion des adhésions, collecte d'accords pour diffuser la newsletter, réalisation d'enquête interne.

Les destinataires de ces données sont exclusivement les salarié.e.s de la MQFF. La durée de conservation de ces données est de 5 ans. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données, ou d'une limitation de leur traitement.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et concernant votre enfant en vous adressant à la direction de Capsule et/ou à Madame Valérie Mahé. Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

☐ En cochant cette case, je reconnais avoir pris connaissance de la politique de confidentialité de la MQFF et l'accepter

☐ Je souhaite m'inscrire à la newsletter mensuelle de la MQFF

☐ J'accepte être contacté.e pour des besoins ponctuels sur les animations organisées par la MQFF (vide grenier, soirée jeux, …)

☐ J'accepte de recevoir des informations concernant le comité de parents (informations, participations, ...)

LE.S ENFANT.S

NOM : **PRÉNOM :**

DATE DE NAISSANCE : ___ /___ /_____ **SEXE** : ☐ F ☐ G ☐ Autre

ADRESSE :

ÉCOLE : **CLASSE** :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :
TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

Suit-il / elle un régime alimentaire spécial ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez lequel :
Merci de compléter le protocole de la société de restauration

L'enfant est-il/elle inscrit.e à un atelier de la maison de quartier le mercredi après-midi ?
☐ OUI ☐ NON
Pourra être rempli plus tard par l'équipe d'animation.

Si oui :
- ATELIER :

- HORAIRES :

NOM : **PRÉNOM :**

DATE DE NAISSANCE : ___ /___ /_____ **SEXE** : ☐ F ☐ G ☐ Autre

ADRESSE :

ÉCOLE : **CLASSE** :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :
TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

Suit-il / elle un régime alimentaire spécial ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez lequel :
Merci de compléter le protocole de la société de restauration

L'enfant est-il/elle inscrit.e à un atelier de la maison de quartier le mercredi après-midi ? ☐ OUI ☐ NON
Pourra être rempli plus tard par l'équipe d'animation.

Si oui :
- ATELIER :

- HORAIRES **:**

LE RENOUVELLEMENT

ANNÉE 2024 - 2025

Je sousigné.e ……. certifie avoir vérifié les informations de la fiche sanitaire et apporte les informations suivantes :
- Classe : …..
- École : …..
- Nouveaux vaccins : ….
- Autres remarques :

Fait à Rennes le signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

ANNÉE 2025 - 2026

Je sousigné.e ……. certifie avoir vérifié les informations de la fiche sanitaire et apporte les informations suivantes :
- Classe : …..
- École : …..
- Nouveaux vaccins : ….
- Autres remarques :

Fait à Rennes le signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

ANNÉE 2026 - 2027

Je sousigné.e ……. certifie avoir vérifié les informations de la fiche sanitaire et apporte les informations suivantes :
- Classe : …..
- École : …..
- Nouveaux vaccins : ….
- Autres remarques :

Fait à Rennes le signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

LES TARIFS 2023 - 2024

TARIFS SOLIDAIRES CAPSULE 2023-2024						
Adhésions : - de 18 ans : 12€ / + de 18 ans : 20€ / Famille : 35€						
	QF	**Forfait annuel mercredis**		**vacances**		**repas**
		Demi-journée	**journée**	**Forfait 5 jours**	**Forfait 4 jours**	
A	- de 700€	125 €	250 €	37 €	28 €	4 €
B	De 701 à 1 000€	185 €	365 €	53 €	42 €	4 €
C	De 1 001 à 1 500€	215 €	430 €	63 €	50 €	4,50 €
D	De 1 501 2 000€	230 €	460 €	68 €	54 €	4,50 €
E	De 2 001 à 2 200€	260 €	520 €	76 €	61 €	5 €
F	+ de 2 201€	300 €	600 €	88 €	70 €	5 €

Merci de fournir le dossier administratif complet :

- Fiche de renseignements
- Fiche sanitaire
- Règlement intérieur
- Attestation de responsabilité civile 2023- 2024
- Attestation CAF pour le quotient familial
- Copie des vaccins du carnet de santé de l'enfant
- PAI (Protocole Aide Individualisé) *le cas échéant*
- Règlements : *(Carte bancaire , Chèques ; Chèques Vacances ; espèces)*

Si votre enfant suit un traitement médical, merci de fournir une ordonnance du médecin et une autorisation signée par vos soins sont obligatoires.

Maison de Quartier Francisco Ferrer
40, rue Montaigne 35200 RENNES
02 99 22 22 60

ALSH CAPSULE
enfance@mqff.fr
07 67 89 53 53

Horaires d'ouvertures de l'accueil

Lundi : 14h00 – 18h30
Mardi, Mercredi, Vendredi : 10h00 – 12h00 et 14h00 – 18h30
(fermé le lundi matin et le jeudi toute la journée)