

## Dossier d'inscription à l'ALSH CCPCP

Enfants de la famille
Nom & Prénom : .....
né(e) le :_ / /
Nom & Prénom : .....
né(e) le :_ / /
Nom & Prénom : .....
né(e) le :_ / /

Responsable légal n°1	Responsable légal n°2
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Né(e) le : ..... / ..... / ..... À : .....	Né(e) le : ..... / ..... / ..... À : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Profession : .....	Profession : .....
Adresse prof : .....	Adresse prof : .....
N° fixe : ...../...../...../...../.....	N° fixe : ...../...../...../...../.....
N° mobile : ...../...../...../...../.....	N° mobile : ...../...../...../...../.....
N° professionnel : ...../...../...../...../.....	N° professionnel : ...../...../...../...../.....
@mail : .....	@mail : .....
N° allocataire CAF (du père ou de la mère ou du responsable) : .....	N° allocataire CAF (du père ou de la mère ou du responsable) : .....

<u>Cadre réservé à l'administration</u>
Quotient 1 <input type="checkbox"/> Quotient 2 <input type="checkbox"/> Quotient 3 <input type="checkbox"/> Quotient 4 <input type="checkbox"/> Quotient 5 <input type="checkbox"/>
PAI <input type="checkbox"/> Autorisation à partir seul <input type="checkbox"/>
Autres : .....

Vos données et celles de votre (vos) enfant(s) sont nécessaires aux services ALSH et Finances de la collectivité pour assurer l'inscription, le suivi de votre (vos) enfant(s) et la facturation des services proposés. Elles sont communiquées au Trésor Public pour la facturation. Vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer auprès du service concerné ou du délégué à la protection des données de l'établissement. Pour connaître vos droits et les modalités, veuillez consulter le règlement.

## Dossier enfant(s) à compléter

### Fiche enfant n°1

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

à:

Sexe:  M  F

Ecole fréquentée:

Vaccin (s): Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé

Allergie(s):

Régime alimentaire:

#### Pour mieux vous accueillir:

Votre enfant a-t-il un dossier à la maison Départementale des personnes Handicapées (MDPH)? Oui  Non

Si, oui merci de préciser la référence du dossier: .....

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF? Oui  Non

Existe-t'il un projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (solaire, associations diverses,...) déjà fréquenté par votre enfant ? Oui  Non  Si, oui merci de préciser : .....

J'accepte que ces données fasse l'objet d'un traitement.

### Fiche enfant n°2

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

à:

Sexe:  M  F

Ecole fréquentée:

Vaccin (s): Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé

Allergie(s):

Régime alimentaire:

#### Pour mieux vous accueillir:

Votre enfant a-t-il un dossier à la maison Départementale des personnes Handicapées (MDPH)? Oui  Non

Si, oui merci de préciser la référence du dossier: .....

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF? Oui  Non

Existe-t'il un projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (solaire, associations diverses,...) déjà fréquenté par votre enfant ? Oui  Non  Si, oui merci de préciser : .....

J'accepte que ces données fasse l'objet d'un traitement.

Vos données sont collectées pour assurer le suivi sanitaire de votre enfant. Elles sont conservées deux ans par la collectivité en sa qualité de responsable de traitement. Seul le service enfance et jeunesse y a accès. Vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer auprès du service concerné ou du délégué à la protection des données de l'établissement. Pour connaître vos droits et les modalités, veuillez consulter le règlement.

## Dossier enfant(s) à compléter

### Fiche enfant n°3

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

à:

Sexe:  M  F

Ecole fréquentée :

Vaccin (s): Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé

Allergie(s):

Régime alimentaire:

#### Pour mieux vous accueillir:

Votre enfant a-t-il un dossier à la maison Départementale des personnes Handicapées (MDPH)? Oui  Non

Si, oui merci de préciser la référence du dossier: .....

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF? Oui  Non

Existe-t'il un projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (solaire, associations diverses,...) déjà fréquenté par votre enfant ? Oui  Non  Si, oui merci de préciser : .....

J'accepte que ces données fasse l'objet d'un traitement.

### Fiche enfant n°4

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

à:

Sexe:  M  F

Ecole fréquentée:

Vaccin (s): Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé

Allergie(s):

Régime alimentaire:

#### Pour mieux vous accueillir:

Votre enfant a-t-il un dossier à la maison Départementale des personnes Handicapées (MDPH)? Oui  Non

Si, oui merci de préciser la référence du dossier: .....

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) versée par la CAF? Oui  Non

Existe-t'il un projet d'Accueil Individualisé (PAI), dans un des établissements (solaire, associations diverses,...) déjà fréquenté par votre enfant ? Oui  Non  Si, oui merci de préciser : .....

J'accepte que ces données fasse l'objet d'un traitement.

Vos données sont collectées pour assurer le suivi sanitaire de votre enfant. Elles sont conservées deux ans par la collectivité en sa qualité de responsable de traitement. Seul le service enfance et jeunesse y a accès. Vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer auprès du service concerné ou du délégué à la protection des données de l'établissement. Pour connaître vos droits et les modalités, veuillez consulter le règlement.

Nous soussignés, Madame, Monsieur: ..... Veuillez cocher les cases correspondantes:

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon/mes enfant(s): transfert en pédiatrie/ transfert aux urgences.

AUTORISE(NT) mon/mes enfant(s) à être passager dans les véhicules utilisés pour les activités.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon/mes enfant(s).

CERTIFIE(ENT) que mon (mes) enfant (s) est (sont) apte (s) à la pratique multisports de l'accueil de loisirs (**si contre indication fournir un certificat médical**)

AUTORISE(NT) la direction à consulter notre dossier mon compte partenaire CAF, afin d'accéder directement au quotient familial à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

AUTORISE(NT) l'utilisation de notre adresse email suivante :

.....@..... pour recevoir mes factures et toutes informations concernant l'ALSH.

ATTESTE(NT) avoir pris connaissance du règlement intérieur et notamment l'article concernant les données personnelles

AUTORISE(NT) mon /mes enfant(s) à rentrer seul

AUTORISE(NT) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon/mes enfant(s) à la structure sur présentation de leur pièce d'identité :

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

A ....., Le ...../...../.....

Mention "lu et approuvé"  
Signatures des parents,