

- 1 ENFANT**     ALSH de 3 ans au CM2     Pôle Ados de la 6<sup>ème</sup> au 17 ans inclus

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  
 F  M  Age : ..... Classe : ..... Lieu de scolarité : .....

| J'inscris mon enfant au service :<br>(classer de 1 à ... par ordre de priorité) | Type de prestation  | Organisé par :          |
|---|---|-------------------------|
| ..... ALSH Vic-le-Comte - Montcervier   | <input type="checkbox"/> Mercredis <input type="checkbox"/> Vacances            | Mond'Arverne communauté |
| ..... ALSH Authezat – Chadieu   | <input type="checkbox"/> Mercredis <input type="checkbox"/> Vacances de juillet | Mond'Arverne communauté |
| ..... ALSH La Roche Blanche   | <input type="checkbox"/> Mercredis <input type="checkbox"/> Vacances            | Mond'Arverne communauté |
| ..... ALSH Saint-Saturnin   | <input type="checkbox"/> Mercredis <input type="checkbox"/> Vacances            | Mond'Arverne communauté |
| ..... ALSH Aydat  | <input type="checkbox"/> Mercredis <input type="checkbox"/> Vacances            | Mond'Arverne communauté |
| ..... ALSH Saint-Georges-sur-Allier   | <input type="checkbox"/> Mercredis <input type="checkbox"/> Vacances            | Mond'Arverne communauté |
| ..... ALSH Orcet  | <input type="checkbox"/> Mercredis <input type="checkbox"/> Vacances            | FJEP ORCET              |
| <input type="checkbox"/> ..Pôles Adolescents                                    | <del>Matin, midi, soir (lu, ma, je, ve)</del>                                   |                         |
| <input type="checkbox"/> ..CLSH Île aux Loisirs                                 | Matin, midi, soir (lu, ma, je, ve)  | Saint-Saturnin          |

## 2 RESPONSABLES DE L'ENFANT

| Responsable légal 1 (autorité parentale)<br>Coordonnées de facturation | Responsable légal 2   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur      | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| Nom : .....  | Nom : .....   |
| Prénom : .....   | Prénom : .....  |
| Adresse : .....  | Adresse : .....   |
| Code postal - ville : .....  | Code postal - ville : .....                                       |
| Téléphone - domicile : .....   | Téléphone - domicile : .....                                      |
| - portable : .....   | - portable : .....  |
| - bureau : .....   | - bureau : .....  |
| Date de naissance : .....  | Date de naissance : .....   |
| <b>E-mail obligatoire :</b> .....                                      | E-mail: .....   |
| Profession : .....   | Profession : .....  |
| Employeur : .....  | Employeur : .....   |
| Lieu de travail : .....  | Lieu de travail : .....   |

## 3 DONNEES DE FACTURATION :

La CAF et la MSA sont partenaires de nos actions et participent à leurs financements. Ce soutien permet la mise en œuvre d'une tarification adaptée aux ressources de chaque famille en fonction de son quotient familial.  
 En fournissant votre numéro d'allocataire CAF/MSA, vous autorisez le service à utiliser votre numéro d'allocataire pour accéder à votre quotient familial et à conserver les données pour justifier des tarifs appliqués.

nom du parent allocataire CAF ou MSA : .....

numéro allocataire CAF ou MSA : .....

Adresse de facturation du payeur si différente : .....

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le : ..... Enregistré le : .....

#### 4 LES AUTORISATIONS

Je soussigné(e) **Mme/M**....., responsable légal de l'enfant, **autorise** :

- ➔ les responsables de l'ALSH et/ou du Pôle Adolescents à prendre, le cas échéant, **toutes mesures rendues nécessaires** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
- ➔ les responsables des services ALSH et Pôles Adolescents enfance/jeunesse à **transporter mon enfant** en bus, tramway, train, minibus, lors des déplacements, si nécessaire, à l'extérieur de l'accueil de loisirs.
- ➔ les personnes suivantes à **recupérer mon enfant** (une pièce d'identité pourra leur être demandée) ou à être contactées en cas d'urgence. Vous pouvez compléter cette liste sur votre espace internet. *Pour les enfants de plus de 6 ans, les personnes désignées doivent au minimum être scolarisées en 6<sup>ème</sup>*

| NOM | Prénom | Lien à la famille | Numéro de téléphone | AUTORISÉ A RÉCUPÉRER L'ENFANT | AUTORISÉ À ÊTRE CONTACTÉ EN CAS D'URGENCE |
|-----|--------|-------------------|---------------------|-------------------------------|---|
|     |        |                   |                     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                  |
|     |        |                   |                     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                  |

- ➔ les responsables de l'ALSH à utiliser photographies et vidéos de mon enfant pour illustrer des articles relatifs aux activités de l'Accueil de Loisirs (articles de presse, sites communaux, expositions, etc.) :

**Diffusion interne** (structure, bulletin interne...) Photos  **oui**  **non** Vidéos  **oui**  **non**

**Diffusion externe** (site internet, réseaux sociaux...) Photos  **oui**  **non** Vidéos  **oui**  **non**

- ➔ mon enfant à quitter seul l'ALSH (CM1/CM2) selon les modalités de fonctionnement du règlement intérieur :  **oui** à .....h..... le mercredi (13h30-14h ou 17h-18h30) et à .....h..... durant les vacances scolaires (17h-18h30)  **non**

- ➔ mon enfant à quitter seul le Pôle Adolescent selon les modalités du règlement intérieur :  **oui**  **non**

- ➔ **Pour les familles séparées, fournir l'extrait du jugement relatif aux modalités de garde ou le planning de garde**

#### 5 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Votre enfant est-il en situation de Handicap reconnu (MDPH), si oui, percevez-vous l'AAEH : **oui non**

Précisez s'il a besoin d'un accompagnement spécifique : .....

**NOM du Médecin Traitant** : ..... **Tél** : .....

Votre enfant porte-t-il des **lunettes, prothèses auditives ou dentaires**, etc. Précisez : .....

#### 6 VACCINATIONS

**Fournir obligatoirement une photocopie des pages vaccination du carnet de santé.** Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination

#### 7 ALLERGIES :

Asthme :  **oui**  **non** / Alimentaire :  **oui**  **non** / Médicamenteuse :  **oui**  **non** / Autres :  **oui**  **non**

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir (si traitement, le signaler), fournir l'ordonnance et le protocole : .....

#### 8 DIFFICULTES DE SANTE

**Précautions à prendre et recommandations liées à la pathologie de l'enfant, précisez :** .....

L'enfant suit-il un **traitement médical** :  **oui**  **non** L'enfant a-t-il un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) :  **oui**  **non**

Pour un traitement médical joindre l'**ordonnance originale de moins de 3 mois** et les médicaments correspondants. (Médicaments dans leur emballage d'origine, neufs et marqués du nom de l'enfant avec la notice). *Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance et dans le cas d'un PAI fournir aussi une copie du PAI à jour.*

#### 9 REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE Précisez : .....

Je soussigné(e)..... déclare exactes les informations communiquées dans le dossier administratif. Je m'engage à notifier toute modification. Cette inscription vaut acceptation des modalités de fonctionnement inscrites dans le règlement intérieur des structures enfance jeunesse de Mond'Arverne communauté.

Date : .....

Écrire : lu et approuvé

Signature du représentant légal

Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif au traitement des données à caractère personnel, les usagers disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement des données concernant leur enfant. Ils peuvent également en demander la portabilité (en prendre connaissance en leur transférant le fichier correspondant). Ces données à caractère personnel sont traitées sur la base de leur consentement. Ils doivent pouvoir exercer leurs droits et retirer leur consentement à tout moment, en envoyant un e-mail à [guichetunique@mond-arverne.fr](mailto:guichetunique@mond-arverne.fr) ou au service enfance jeunesse des communes. Les données des usagers seront transmises aux services enfance jeunesse des communes d'accueils et de Mond'Arverne communauté.