

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 :___/___/___	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 le : /..... /..... À :	Née 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° S.S. :	N° S.S. :
N° allocataire CAF (du père ou de la mère ou du responsable) :	N° allocataire CAF (du père ou de la mère ou du responsable) :

<p><u>Cadre réservé à l'administration</u></p> <p>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"/></p> <p>PAI <input type="checkbox"/> Autorisation à partir seul <input type="checkbox"/></p> <p>Autres :</p>
--

Les informations recueillies dans le cadre de votre inscription sont utilisées uniquement pour les besoins du service enfance. Elles sont conservées le temps de l'inscription de votre enfant dans les ALSH de la CCPCP.

Conformément à la loi RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les faire rectifier ou les faire supprimer en contactant votre responsable service

Dossier enfant (s) à compléter

Fiche enfant n°1

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Ecole fréquentée : _____

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

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Fiche enfant n°2

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Ecole fréquentée : _____

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

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Dossier enfant (s) à compléter

Fiche enfant n°3

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Ecole fréquentée : _____

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

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Fiche enfant n°4

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Sexe : M F

Médecin traitant : N° de tél :/...../...../...../.....

Ecole fréquentée : _____

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

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux & maladie (s) :

Autorisations

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

Veillez 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.

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 »

Signature des parents