

## 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 : .....

### QUOTIENT FAMILIAL

Le numéro d'allocataire CAF est **obligatoire**, il détermine le tarif des activités. Si vous n'avez pas de numéro d'allocataire de la CAF du Finistère, et afin d'éviter toute surfacturation, merci de nous fournir votre dernier avis d'imposition.

N° Allocataire CAF du Finistère : .....

Pour permettre le calcul de votre tarif, vous autorisez le service à accéder à votre quotient familial CAF :  oui  Non

MSA :  merci de nous fournir l'attestation pour le quotient familial

### AUTRES RESPONSABLES

Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/  
Aide Sociale à l'Enfance/Autre lien (à préciser).  
(fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales)

Nom : ..... Prénom : .....  
Organisme: .....  
Adresse : .....  
N° personnel : ...../...../...../...../..... N° professionnel : ...../...../...../...../.....  
@mail : .....

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

## FICHE SANITAIRE ENFANT

Nom: ..... Prénom: .....  
Né(e) le : ...../...../..... à: .....  
Sexe:  M  F Ecole fréquentée: .....

PHOTO de l'enfant  
(facultatif)

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

### Santé :

L'enfant présente-t-il une allergie ? : **Médicamenteuse** : Oui  Non  **Alimentaire** : Oui  Non   
**Autre** : Oui  Non

Précisez la nature de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il une maladie ? : **Asthme** : Oui  Non  **Autre** : Oui  Non

Merci de préciser :

Autres renseignements médicaux que vous jugeriez utiles de porter à notre connaissance :



**Ces problèmes de santé nécessitent-ils un projet d'accueil individualisé (PAI) ? :**

oui  non **Si oui, merci de prendre contact avec l'alsH concerné.**

Les allergies alimentaires signalées par certificat médical ne seront prises en compte que dans le cadre de l'établissement d'un PAI, mis en place par la Médecine Scolaire.

### Pour mieux vous accueillir :

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

Oui  En cours  Non

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

Votre enfant rencontre-t-il des besoins particuliers à prendre en compte pour l'accueillir dans de bonnes conditions : Oui  Non

*Si vous estimez un besoin d'accueil particulier, nos Responsables Pédagogiques prendront contact avec vous pour être à l'écoute des besoins particuliers de votre enfant et élaborer un Projet d'Accueil Particulier permettant d'identifier les adaptations d'accueil à mettre en place (locaux, renfort...).*

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.

## FICHE SANITAIRE ENFANT

Nom: ..... Prénom: .....  
Né(e) le : ...../...../..... à: .....  
Sexe:  M  F Ecole fréquentée: .....

PHOTO de l'enfant  
(facultatif)

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

### Santé :

L'enfant présente-t-il une allergie ? : **Médicamenteuse** : Oui  Non  **Alimentaire** : Oui  Non   
**Autre** : Oui  Non

Précisez la nature de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il une maladie ? : **Asthme** : Oui  Non  **Autre** : Oui  Non

Merci de préciser :

Autres renseignements médicaux que vous jugeriez utiles de porter à notre connaissance :



**Ces problèmes de santé nécessitent-ils un projet d'accueil individualisé (PAI) ? :**

oui  non **Si oui, merci de prendre contact avec l'alsh concerné.**

Les allergies alimentaires signalées par certificat médical ne seront prises en compte que dans le cadre de l'établissement d'un PAI, mis en place par la Médecine Scolaire.

### Pour mieux vous accueillir :

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

Oui  En cours  Non

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

Votre enfant rencontre-t-il des besoins particuliers à prendre en compte pour l'accueillir dans de bonnes conditions : Oui  Non

*Si vous estimez un besoin d'accueil particulier, nos Responsables Pédagogiques prendront contact avec vous pour être à l'écoute des besoins particuliers de votre enfant et élaborer un Projet d'Accueil Particulier permettant d'identifier les adaptations d'accueil à mettre en place (locaux, renfort...).*

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.

## AUTORISATIONS

- 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).
- AUTORISE(NT) l'utilisation de notre adresse email pour recevoir mes factures et toutes informations concernant l'ALSH.
- AUTORISE(NT) mon/mes enfants à partir seul.

**En cas d'absence, j'autorise les personnes suivantes à : (cocher si oui)**

Nom et Prénom	Lien avec l'(es)enfant(s)	Téléphone	Contacté en cas d'urgence	A venir chercher l(es)enfant(s)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES SERVICES ET DROIT A L'IMAGE

### REGLEMENT

La signature du présent document vaut acceptation du règlement général sur la protection des données et du règlement intérieur.

**Les parents/ famille d'accueil s'engagent à communiquer tout changement de situation auprès de l'accueil de loisirs.**

Le règlement intérieur des services est consultable sur le site internet de la CCPCP :

Il peut être imprimé et remis aux parents sur simple demande à l'accueil de la CCPCP.

Fait à : ..... , Le ...../...../.....

Signature responsable légal 1\*:

Signature responsable légal 2\* :

### DROIT A L'IMAGE

Nous soussignons : .....<sup>1</sup>

Autorisons à prendre mes enfants en photographie dans le cadre des activités et à les publier **sur les supports de communication écrits et/ou numériques officiels** de la communauté de communes de Pleyben/Chateaulin/Porzay.

La collectivité pourra notamment utiliser, publier, reproduire, adapter, modifier, la voix/image seule de mon enfant ou en combinaison avec d'autres matériels, par tous les moyens, méthodes ou techniques actuellement connues ou à venir.

La collectivité s'interdit expressément de procéder à une exploitation de l'image/voix susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la dignité de mon enfant, ou tout autre exploitation préjudiciable. En cas de désaccord ou l'absence de signature de cette autorisation par l'un ou l'autre des représentants légaux, la collectivité s'interdit également d'exploiter l'image de l'enfant aux fins susmentionnées à la présente autorisation.

Nous nous reconnaissons entièrement rempli de nos droits et nous ne pourrions prétendre d'aucune rémunération pour l'exploitation des droits liés aux présentes.

Fait à : ..... , Le ...../...../.....

Signature responsable légal 1\*:

Signature responsable légal 2\*

<sup>1</sup> Les parents sont par principe titulaires de l'autorité parentale mais cette autorité parentale peut être déléguée par le Juge aux affaires familiales à des tiers désignés (grands-parents, tuteurs légaux etc.).