

A.L.S.H

« GRAND ORB »



DOCUMENTS  
COMPLEMENTAIRES  
OBLIGATOIRES

COPIE VACCINS	<input type="checkbox"/>
Ou CERTIFICAT MEDICAL	
ATTEST. ASSURANCE RC	<input type="checkbox"/>
JUSTIFICATIF DOMICILE	<input type="checkbox"/>
ATTEST. QUOT. FAMILIAL	<input type="checkbox"/>
Ou AVIS D'IMPOSITION	



# FICHE D'INSCRIPTION 2021/2022

## ❖ 1<sup>er</sup> enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... Sexe : M  F

## ❖ 2<sup>ème</sup> enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... Sexe : M  F

## ❖ Les responsables légaux

Les deux parents

Père

Mère

Tuteur

Représentant 1

Représentant 2

Nom	.....	.....
Prénom	.....	.....
Né(e) le	.....	.....
Profession	.....	.....
Tél portable/domicile	.....	.....
Téléphone travail	.....	.....
Adresse	.....	.....
Code postal / Commune	.....	.....
Adresse mail	.....	.....

## ❖ Situation familiale :

Mariés / Pacsés

Séparés / Divorcés \*

Union libre

Célibataire

\* fournir la copie du jugement si un des deux parents n'est pas autorisé à venir chercher l'enfant

## ❖ Organisme d'affiliation :

Régime Général CAF

MSA

Autre.....

N° allocataire : .....

## ❖ Les ressources financières pour le calcul du prix journée

Je fournis l'attestation de quotient familial CAF du 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours  OUI  NON

ou  
Je fournis le dernier avis d'imposition complet  OUI  NON

ou  
Je ne souhaite fournir aucun document et accepte que le tarif maximum soit appliqué.

## ❖ Médecin traitant

Nom : ..... Commune : ..... Téléphone : .....

## ❖ Autorisations

Je soussigné (e) ....., responsable légal des enfants sus-cités, **AUTORISE** .....

- **Départ des enfants**

..... les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant à la fin des activités

	1	2	3	4
Nom	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....
En qualité de	.....	.....	.....	.....
Téléphone	.....	.....	.....	.....

- **Urgence**

..... les responsables de l'accueil à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous les soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale.  OUI  NON

- **Activités sportives**

..... mon enfant à participer aux activités sportives de l'ALSH organisées dans le cadre du programme d'animation, et déclare que son état de santé lui permet de participer à des séances d'initiation.  OUI  NON

- **Sortir seul**

.... mon enfant à quitter seul l'ALSH à la fin des activités.  OUI  NON  
Si OUI, à partir de ...h.... le matin, et ...h... l'après midi.

- **Transport**

... mon enfant à utiliser les transports mis en place lors des sorties d'animation.  OUI  NON

- **Mon compte partenaire / CDAP**

..... l'accès par les personnes habilitées de la CDC à « **Mon compte partenaire/CDAP** », service internet à caractère professionnel permettant de consulter uniquement les données allocataires nécessaires à l'exercice de la mission de l'organisateur.  OUI  NON

- **Droits d'image**

..... l'utilisation de l'image et de la voix de mon enfant sur les différents supports de communication de l'ALSH (article journal, site internet de la CDC) et dans le cadre des projets d'animations de l'ALSH (enregistrements vidéo)  OUI  NON

- **Communication**

..... l'envoi d'e-mails concernant l'actualité de l'ALSH (informations, programmes, articles journaux...)  OUI  NON

## ❖ Centres d'intérêts

On souhaite en savoir un peu plus sur vos enfants, leurs goûts, leurs loisirs, leurs activités extrascolaires..

.....  
.....  
.....

**je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations données ci-dessus, reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter**

Fait à ..... le.....

Nom et Prénom du signataire

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »