

A.L.S.H

« GRAND ORB »



DOCUMENTS
COMPLEMENTAIRES
OBLIGATOIRES

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



FICHE D'INSCRIPTION 2018/2019

❖ 1^{er} enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : Sexe : M F

❖ 2^{ème} 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	.....	.....
Profession	.....	.....
Téléphone portable	.....	.....
Téléphone fixe	.....	.....
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 :

N° Sécurité Sociale :

Régime Général CAF

MSA

Autre.....

N° allocataire CAF :

❖ Les revenus

Je suis allocataire CAF OUI NON (1)

J'autorise l'accès à « Mon compte Partenaire/CDAP » (voir autorisations)..... OUI NON (2)

Si NON (1) ou (2), je fournis le dernier avis d'imposition complet..... OUI NON

Je ne souhaite pas fournir mon avis d'imposition 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. Si OUI, à partir de ...h.... le matin, et ...h... l'après midi. OUI NON

• **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

Je certifie 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 »