

Période :

Semaine :

Garderie : Matin : L M M J V / Soir : L M M J V

Carnet vaccination

Attestation assurance

Attestation QF

Quotient familial :

Nombres de semaines :

Montant réglé :

Réglé le :

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M F

Né-e le :/...../..... Ville de naissance: Dept :

Nationalité :

Adresse Mail de la famille :

2. LA FAMILLE

Civilité Nom de la Famille
(intitulé souhaité pour la correspondance)

Adresse :

Code Postal : Ville :

Situation Familiale :

Tél en cas d'urgence :/...../...../...../.....

Nombre total d'enfants : Nombre d'enfant à charges

Compagnie d'assurance de la RC :

N° de police d'assurance RC : Date d'échéance :/...../.....

3. ETAT CIVIL DES PARENTS

PÈRE ou Responsable 1

Nom : Prénom :

Né le :/...../.....

Ville : Dept :

Adresse (si différente de « FAMILLE ») :

Nationalité :

Profession :

Employeur :

Lieu de travail :

Tél Domicile :/...../...../...../.....

Tél Mobile :/...../...../...../.....

Tél du travail :

Email :

N° Allocataire CAF :

Régime :

CPAM : MSA : Autre :

Autorité Parentale

Oui

Non

MERE ou Responsable 2

Nom : Prénom :

Née le :/...../.....

Ville : Dept :

Adresse (si différente de « FAMILLE ») :

Nationalité :

Profession :

Employeur :

Lieu de travail :

Tél Domicile :/...../...../...../.....

Tél Mobile :/...../...../...../.....

Tél du travail :

Email :

N° Allocataire CAF :

Régime :

CPAM : MSA : Autre :

Autorité Parentale

Oui

Non

4. DOSSIER SANITAIRE DE LIAISON

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, Joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCINS (Obligatoire)	OUI	NON	DATES DES RAPPELS	VACCINS (obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018)	OUI	NON	DATES DES RAPPELS
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Haemophilus			
Poliomyélite				Hépatite B			
				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
				Méningocoque			
				Pneumocoque			
Autre (précisez)							

ALLERGIES	OUI	NON	Conduites à tenir
Asthme			
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Autres			
Régime Alimentaire	Commentaires		

Nom du MEDECIN traitant	ADRESSE	TEL

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèses ...)

--

Antécédents médicaux :

--

5. AUTORISATIONS RESPONSABLES LEGALES

Je (nous) soussigné (s),

5.1 AUTORISE(NT) mon enfant à rentrer seul à son domicile à l'issue de la journée d'accueil de loisirs (ALSH)

Oui Non

5.2 AUTORISE(NT) mon enfant à prendre à des fins de sortie pédagogiques un moyen de transport en commun :

Oui Non

5.3 AUTORISE(NT) : les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

Nom—prénom	Qualité	Adresse	Tél

5.4 AUTORISATION de filmer / photographier aux fins d'utilisation suivantes :

* L'accueil de loisirs (journal de bord, fresque ...) oui non

* La Communauté de communes du Pays de Mormal oui non

* La presse oui non

* Site internet de l'ALSH et/ou de la CCPM oui non

5.5 AUTORISE(NT) : le personnel de l'accueil de loisirs à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant

* Transfert aux urgences oui non

DECHARGE(NT) : la direction de l'ALSH de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) : l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

AUTORISE(NT) : mon enfant à participer aux activités de baignades : oui non

DEMANDE(NT) : au responsable de l'ALSH :

* En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance :

oui non

* En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant :

oui non

* D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité : oui non

* D'administrer des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes : oui non

5.6 COMMUNICATION :

* souhaite(nt) être contacté(e) par mail : oui non

* Souhaite(nt) être contacté(e) par SMS : oui non

5.7 CONSULTATION DU SITE CDAP :

AUTORISE(NT) : La CCPM à consulter et à conserver notre dossier allocation CDAP, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières. (en cas d'absence de ressources le montant le plus élevé sera appliqué).

oui non

5.6 CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du Règlement Intérieur des accueils collectifs de mineurs de la Communauté de Communes du Pays de Mormal donné lors de l'inscription.

6. Désirez-vous régler vos factures, au choix :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Par chèque bancaire :
(à l'ordre « Régie ALSH cc Pays de Mormal) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 2. En espèce : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 3. En Chèques ANCV : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 4. Paiement en ligne | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| 5. Carte bancaire | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Signature :

Date et mention « lu et approuvé »

Qualité :

Signature :

Signature :

Date et mention « lu et approuvé »

Qualité :

Signature :

Assurances : La Communauté de Communes du Pays de Mormal vous conseille de souscrire un « contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés lors de leur participation aux activités ». En référence à l'article L227-5 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

Droit informatique : Conformément à la mise en application le 25 mai 2018. La CCPM respecte le Règlement général sur la protection des données (RGPD). vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.

Pièces à fournir :

- le dossier d'inscription dûment rempli.
- l'attestation de quotient familial (CAF).
- Une attestation d'assurance responsabilité civile.
- La photocopie du carnet de vaccinations.

Sur demande de l'équipe de direction de l'accueil :

- Un certificat médical de non contre indication à la pratique de sports.
- Brevet de natation si activités aquatiques.
- La carte nationale d'identité si déplacement à l'étranger.