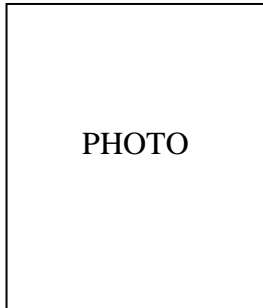


1 ENFANT

NOM et prénom Date de naissance...../...../.....
 Garçon Fille AGE..... CLASSE LIEU DE SCOLARITE :



2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Mail obligatoire :

Responsable légal 1 (autorité parentale) Coordonnées de facturation	Responsable légal 2 (autorité parentale)
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom Prénom Adresse Téléphone : - domicile..... - portable - bureau	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom Prénom..... Adresse : Téléphone : - domicile - portable..... - bureau
Lieu de travail : <input type="checkbox"/> Agent Mond'Arverne Communauté	Lieu de travail : <input type="checkbox"/> Agent Mond'Arverne Communauté
ADRESSE DE FACTURATION SI DIFFERENTE :	

ALLOCATAIRE NOM DU PARENT ALLOCATAIRE :

- CAF Numéro (N° d'allocataire) :
 MSA (N° sécurité sociale) :

J'inscris mon enfant au service :	Organisé par (commune/CC) :	Signature :
ALSH Mercredi / Vacances	Association FJEP	
ALSH Mercredi / vacances	Mond'Arverne Communauté	

3 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM et TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

ALLERGIES : ASTHME Oui Non
MEDICAMENTEUSE Oui Non
ALIMENTAIRE Oui Non
AUTRES Oui Non

SI OUI, PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si traitement, le signaler) :

.....
.....

DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) A INDIQUER ICI EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....
.....

VOTRE ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP : oui non
Si oui, est-il pris en charge par la MDPH ? : oui non
Si oui, percevez-vous l'AAEH : oui non

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL : oui non
Si oui, joindre l'**ordonnance originale de moins de 3 mois** et les médicaments correspondants. (Médicaments dans leur emballage d'origine marqué du nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non
Aucun médicament ne pourra être pris sans le PAI (copie de l'ordonnance et les médicaments). Fournir une copie du PAI.

4 VACCINATIONS

Fournir obligatoirement une photocopie des pages vaccination du carnet de santé.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication temporaire ou permanente à la vaccination.

5 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC. PRECISEZ :

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

Je soussigné(e)..... déclare exacte les informations communiquées dans le dossier administratif. Je m'engage à notifier toute modification ou mise à jour des informations communiquées.

Date :

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « lu et approuvée » :

6 LES AUTORISATIONS

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant :.....

→ autorise les organisateurs des ALSH commune à utiliser photographies et vidéos de mon enfant pour illustrer des articles relatifs à l'Accueil de Loisirs dans leurs **publications internes** (les expositions sur la structure, ...) :

oui non

→ autorise les organisateurs des ALSH à utiliser photographies et vidéos de mon enfant pour illustrer des articles relatifs à l'Accueil de Loisirs dans leurs **publications externes** (la presse, les sites communaux ou intercommunaux, les réseaux sociaux,...) :

oui non

→ en fréquentant les services ALSH enfance/jeunesse, j'autorise les responsables :

à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

à transporter mon enfant en bus, tramway, train, minibus, lors des sorties, si nécessaire, à l'extérieur de l'accueil de loisirs.

→ autorise le service à utiliser mon numéro d'allocataire CAF pour accéder à mon quotient familial.

oui non

→ autorise :

Les adultes suivants à récupérer mon enfant (une pièce d'identité pourra leur être demandée), toute personne non référencée dans ce document ou toute personne mineure ne sera pas autorisée à prendre en charge les enfants.

NOMS	PRENOMS	LIEN AVEC L'ENFANT	NUMERO DE TELEPHONE

Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif au traitement des données à caractère personnel, les usagers disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement des données concernant leur enfant. Ils peuvent également en demander la portabilité (en prendre connaissance en leur transférant le fichier correspondant). Ces données à caractère personnel sont traitées sur la base de leur consentement. Ils doivent pouvoir exercer leurs droits et retirer leur consentement à tout moment, en envoyant un e-mail à foyerfjep.orcet@orange.fr ou au service enfance jeunesse des communes. Les données des usagers seront transmises aux services enfance jeunesse des communes d'accueils et de Mond'Arverne communauté.

Date :

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « lu et approuvée » :

7 PIECES A FOURNIR

☒ DOSSIER ADMINISTRATIF

- Le dossier administratif complété et signé
- Une attestation d'assurance maladie (CPAM) en cours de validité mentionnant l'enfant
- Une photocopie de la partie vaccination du carnet de santé.
- Une attestation d'assurance responsabilité civile.
- Facultatif* : l'attestation d'assurance extrascolaire

A noter : l'assurance responsabilité civile ne couvre que les dommages que votre enfant causera aux autres. Si votre enfant est victime d'un accident qu'il a provoqué seul, la responsabilité civile ne fonctionne pas. Une assurance individuelle est nécessaire pour les activités extrascolaires. Renseignez-vous auprès de votre assureur.

- En cas de PAI : fournir une copie du document PAI.
- En cas de reconnaissance MDPH de la situation de votre enfant : fournir une copie de la notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées,
- Une attestation de scolarité pour les enfants scolarisés sur la communauté de communes de Mond'Arverne mais qui n'habite pas sur le territoire.
- En cas de garde alternée ou exclusive : fournir un document attestant des modalités de garde ou une copie du jugement,

☒ TARIFICATION

- Une attestation de votre quotient familial CAF / MSA.
Le service utilise l'application cafpro. Cet outil à usage professionnel permet de consulter les données fournies sur les attestations caf, avec l'accord des usagers, à partir de leur numéro d'allocataire.
Dans le cas d'un refus d'utilisation de cet outil par le service, l'utilisateur s'engage à fournir une attestation de quotient familial pour le 1^{er} juillet et une pour le 1^{er} février. Sans ce document le service se verra facturer l'utilisateur au quotient le plus élevé.
- Un justificatif de domicile attestant de votre appartenance au territoire de la communauté de communes.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

DOSSIER RECU LE :

MIS A JOUR LE : / /

INFORMATIONS INSCRIPTIONS :

SERVICES : Pôle enfance Pôle Adolescents