



# ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DOSSIER D'INSCRIPTION

# ALSH 2021

**ALSH de :** .....

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Age :** .....



## PARENTS

### RESPONSABLE LEGAL (1)

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ..... A : ..... Département : .....  
Adresse : .....  
Complément d'adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....  
E-mail : .....  
Nationalité : .....  
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère  
Situation de famille : Marié / Célibataire / Veuf / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Adresse professionnelle : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone professionnel : .....  
E-mail professionnel : .....  
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA  
Caisse sécurité sociale : ..... Caisse CAF : .....  
Numéro allocataire CAF : .....

### RESPONSABLE LEGAL (2)

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ..... A : ..... Département : .....  
Adresse : .....  
Complément d'adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....  
E-Mail : .....  
Nationalité : .....  
Qualité : Père / Mère / Tuteur / Beau-Père / Belle-Mère  
Situation de famille : Marié / Célibataire / Veuf / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Adresse professionnelle : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone professionnel : .....  
E-mail professionnel : .....  
Régime sécurité sociale : Général / Autre / MSA  
Caisse sécurité sociale : ..... Caisse CAF : .....  
Numéro allocataire CAF : .....

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature des Responsables légaux :

Nom : .....

COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION CHAUNY TERGNIER  
57 boulevard Gambetta  
02300CHAUNY  
Téléphone : 0323384220  
Fax : 0323384221  
E-Mail : [pole.enfancejeunesse@ctlf.fr](mailto:pole.enfancejeunesse@ctlf.fr)



## ENFANTS

Nom : ..... Autorité parentale :  
Prénom : .....  
Date de demande : / / Date d'inscription : / / Sexe : Garçon / Fille  
Date de naissance : / / Nationalité : .....  
Lieu de naissance : ..... Langue maternelle : .....  
Commune : ..... Ecole : ..... Classe : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones :  
1. Responsable légal (1): Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....  
2. Responsable légal 2 : Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones : ..... Lien de parenté : .....

### FAMILLE D'ACCUEIL

Nom : ..... Organisme : .....  
Adresse .....  
Complément .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....

Date : / / Signature des responsables

Nom : .....

**COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION CHAUNY TERGNIER**

57 boulevard Gambetta  
02300 CHAUNY  
Téléphone : 0323384220  
Fax : 0323384221  
E-Mail : [pole.enfancejeunesse@ctlf.fr](mailto:pole.enfancejeunesse@ctlf.fr)



## INFORMATIONS MEDICALES

### ENFANT

Nom et prénom : .....  
Date de naissance : / / ..... Autorisation d'hospitalisation :   
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphones :  
1. Responsable légal 1 : ..... Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....  
2. Responsable légal 2 : ..... Tél ..... Tél 2 ..... Pro .....  
3. Famille d'accueil : ..... Tél ..... Tél 2 .....  
PAI (Projet d'Accueil Individualisé):  Date de renouvellement / / .....

### MEDECINS

Nom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphone : ..... Spécialité : .....  
Nom : .....  
Adresse / CP / Ville : .....  
Téléphone : ..... Spécialité : .....

### VACCINS

BCG	/ /	/ /	/ /	/ /	.....
DTP	/ /	/ /	/ /	/ /	.....
ROR	/ /	/ /	/ /	/ /	.....
HEPATITE B	/ /	/ /	/ /	/ /	.....
Autre :	/ /	/ /	/ /	/ /	.....
	/ /	/ /	/ /	/ /	.....

### MALADIES INFANTILES

<input type="checkbox"/> Coqueluche / /	<input type="checkbox"/> Rougeole / /	<input type="checkbox"/> Scarlatine / /
<input type="checkbox"/> Oreillons / /	<input type="checkbox"/> Rubéole / /	<input type="checkbox"/> Varicelle / /

### COMMENTAIRES

Antécédents médicaux : .....  
.....  
Interventions chirurgicales : .....  
.....  
Autres maladies : .....  
.....  
Allergies et conduite à tenir : .....  
.....  
Observations : .....  
.....

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant ..... déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Date et Signature :

**Pièces obligatoires à joindre au dossier :**

- N° Allocataire
- Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé, sous enveloppe cachetée
- Fiche de fréquentation complétée et signée
- Attestation assurance responsabilité civile au nom de l'enfant et si possible l'attestation d'assurance individuelle extra-scolaire.

**AUTORISATION DE PARTIR SEUL**

- Mr  Madame  Melle      Nom..... Prénom.....  
responsable légal de l'enfant      Nom..... Prénom.....
- autorise  n'autorise pas, mon enfant à repartir seul.

**ACCUSE DE RECEPTION DU REGLEMENT INTERIEUR ET DU PROJET EDUCATIF**

- Mr  Madame  Melle      Nom..... Prénom.....  
responsable légal de l'enfant      Nom..... Prénom.....
- reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le faire respecter par mon enfant et certifie avoir reçu un exemplaire du projet éducatif.

**AUTORISATION DROIT A L'IMAGE**

L'article 9 du Code Civil définit le droit au respect de la vie privée qui permet aux individus de disposer de prérogatives concernant l'utilisation qui peut être faite de leur image. Pour les mineurs, il nous est recommandé d'obtenir une autorisation parentale d'utilisation de l'image.

- J'autorise       Je n'autorise pas la Communauté d'Agglomération CHAUNY-TERGNIER-LA FERRE à utiliser, dans le cadre des activités sur tous supports (presse, internet, publication, brochures...) des photos de mon enfant prises au cours des activités sans contrepartie financière.

***Cette autorisation est valable pour l'année 2021 sur les Accueils de Loisirs et pourra être révoquée à tout moment.***

**PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES**

- J'autorise       Je n'autorise pas la Communauté d'Agglomération CHAUNY-TERGNIER-LA FERRE à consulter et conserver mes droits aux aides aux temps libres.
- J'autorise       Je n'autorise pas la Communauté d'Agglomération CHAUNY-TERGNIER-LA FERRE à saisir mes informations personnelles.
- J'autorise       Je n'autorise pas la Communauté d'Agglomération CHAUNY-TERGNIER-LA FERRE à saisir mes informations médicales.

A..... le.....

**SIGNATURE DES RESPONSABLES**  
(suivie de la mention « lu et approuvé »)

**ATTENTION !!! TOUTE FACTURE DOIT ETRE REGLEE AVANT LA DATE FIGURANT AU BAS DE LA FACTURE**