



ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DOSSIER D'INSCRIPTION

ALSH 2022

ALSH de :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :



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

- J'autorise*** ***Je n'autorise pas***, mon enfant à repartir seul.

ACCUSE DE RECEPTION DU REGLEMENT INTERIEUR ET DU PROJET ÉDUCATIF

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur. Je m'engage à le respecter et à l'expliquer à mon enfant afin que celui-ci le respecte. Je certifie également avoir reçu un exemplaire du projet éducatif.

AUTORISATION DROITS 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 Fère à utiliser, dans le cadre des activités sur tous supports (Presse, internet, publication, brochures etc.) des photos de mon enfant prises au cours des activités sans contrepartie financière.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

- J'autorise*** ***Je n'autorise pas*** la Communauté d'Agglomération Chauny-Tergnier-La Fère à consulter et conserver mes droits aux aides aux temps libres.
- J'autorise*** ***Je n'autorise pas*** la Communauté d'Agglomération Chauny-Tergnier-La Fère à saisir mes informations personnelles.
- J'autorise*** ***Je n'autorise pas*** la Communauté d'Agglomération Chauny-Tergnier-La Fère à saisir les informations médicales de mon enfant.

Cette autorisation est valable pour l'année 2022 sur les accueils de loisirs et pourra être révoquée à tout moment.

Mr Madame Melle Nom..... Prénom.....,

Responsable légal de l'enfant Nom..... Prénom.....,

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.**

COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION CHAUNY TERGNIER

57 boulevard Gambetta

02300 CHAUNY

Téléphone : 0323384220

Fax : 0323384221

E-Mail : pole.enfancejeunesse@ctlf.fr



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



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



INFORMATIONS MEDICALES

ENFANT

Nom et prénom :

Date de naissance : __/__/____

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 :