

DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier doit être obligatoirement retourné COMPLET et SIGNE au Centre de Loisirs

photo

Nom :

Prénom : Age.....

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

SEXE :

☐ garçon

☐ Fille

Pieces obligatoires à fournir :

- ☐ Dossier d'inscription complété et signé
- ☐ Fiche sanitaire complétée et signée
- ☐ Autorisation de captation complétée et signée
- ☐ Fiches d'inscriptions complétées
- ☐ Photocopie du carnet de vaccinations à jour ou attestation de vaccination à jour
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire, périscolaire et extrascolaire
- ☐ Photocopie de l'attestation de quotient familial de moins de 3 mois (CAF ou MSA)
- ☐ Photocopie du jugement si parents séparés(decision de justice fixant les modalités de garde ou de declaration conjointe signee des 2 parents) calendrier de garde de l'année scolaire (si concerné)
- ☐ P.A.I
- ☐ Attestation de Sécurité Sociale

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.

INFORMATION RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Qualité : ☐ Père ☐ Mère
☐ Tuteur ☐ Tiers délégataire

Numéro allocataire : ☐ C.A.F ☐ M.S.A

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Mail :

Profession :

Employeur :

Qualité : ☐ Père ☐ Mère
☐ Tuteur ☐ Tiers délégataire

Numéro allocataire : ☐ C.A.F ☐ M.S.A

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Mail :

Profession :

Employeur :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER

Personne 1 – en qualité de

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

☐ A contacter en cas d'urgence

☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 2 – en qualité de

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

☐ A contacter en cas d'urgence

☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 3 – en qualité de

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

☐ A contacter en cas d'urgence

☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 4 – en qualité de

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

☐ A contacter en cas d'urgence

☐ Autorisé à récupérer l'enfant

INFORMATION SUR L'ENFANT

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

LIEU DE VIE : Plusieurs choix possibles

☐ Parental ☐ Maternel ☐ Paternel ☐ Tuteur/trice ☐ Assist. Familiale ☐ MECS

☐ Autres :

Préciser l'adresse si celle-ci est différente des responsables légaux

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**

ACTIVITE(S) EN VIE COLLECTIVE : Plusieurs choix possibles permettant d'améliorer le 1^{er} accueil

☐ Aucune ☐ Assistant.e Maternel.le ☐ MAM ☐ RPE ☐ Crèche ☐ Asso./Club ☐ Centre de loisirs

☐ Ne souhaite pas répondre

SCOLARISATION : Cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments

☐ Ecole maternelle ☐ Ecole élémentaire ☐ Collège ☐ Lycée ☐ Institution (IME, ITEP, IEM, IES...) ☐ A domicile

Nom de l'école ou de l'institution :

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S) ? Cocher la case correspondante

Le PPS propose des dispositifs tels que : GEVA-sco – AVS/EASH – ULIS – matériel adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

☐ Non ☐ Oui ☐ Demande en cours ☐ Ne souhaite pas répondre

SUIVI COMPLEMENTAIRE : (PCO, CAMSP, CMP, CMPP, HDJ hôpital de jour) Cocher la case correspondante

Pour garantir la qualité d'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.

☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

BENEFICIAIRE DE L'AEEH : Cocher la case correspondante

Recensement du nombre de bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

☐ Non ☐ Oui ☐ Demande en cours ☐ Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE : Cocher la case correspondante, à détailler dans la fiche sanitaire en cas de trouble de la santé, allergies, Projet d'Accueil Individualisé

(PAI), autres... ☐ Classique ☐ Végétarien

☐ Aucun ☐ Allergie ☐ Autre trouble de santé ☐ Autre préciser.....

REMARQUES COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT Renseigner les éléments nécessaires

.....

.....

.....

AUTORISATION DU.DES RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

AUTORISATIONS :

Consulter mon quotient familial pour ajuster la tarification applicable

L'enfant pourra **participer aux différentes activités et sorties** organisés par la structure

L'enfant pourra **utiliser les moyens de transports** prévus dans le cadre des activités

L'enfant **pourra quitter seul** la structure à l'issue des activités proposées à partir deH.....

OUI

☐
☐
☐
☐

NON

☐
☐
☐
☐

FRATRIE

L'enfant/adolescent(e) a-t-il des frères et sœurs mineurs ?

NOM :

Prénom : Classe :

NOM :

Prénom : Classe :

NOM :

Prénom : Classe :

NOM :

Prénom : Classe :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné-e, responsable de l'enfant/adolescent(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance des règlements intérieurs des structures. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le logiciel utilisé par les structures dans le but de suivi/contrôle. Elles seront conservées pendant trois ans. Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant l'enfant (santé, scolarisation, lieu de vie, assurance...) ou du/des responsable(s) (coordonnées, modalités d'autorité parentale...).

Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le ou la responsable de structure. Chaque responsable légal est notamment informé que conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations qu'il communique par le biais de ce formulaire sont nécessaires pour répondre à sa demande et sont destinées au ou à la responsable de structure, en tant que responsable du traitement à des fins de gestion administrative des services utilisés.

Fait à

Signature du ou des responsable(s) :

Le/...../.....