

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT DE

ENFANT

NOM : **PRENOM :**
NE(E) LE **A**
ECOLE FREQUENTEE : **SEXE :** Masculin / Féminin

Votre enfant est susceptible de fréquenter le (s) ALSH de : Castets-et-Castillon, Hostens,
 Langon, Noaillan, Roaillan, Toulence, Villandraut, Verdélais (CVLV)

Votre enfant a-t-il été accueilli dans un multi-accueil de la CdC ?

Si oui lequel : Castets-et-Castillon, Langon, Noaillan,
 Saint-Pierre de Mons (MACFA), Saint-Symphorien, Toulence

DOCUMENTS à fournir – Cadre réservé à l'administration

Documents obligatoires :

- La photocopie de l'attestation d'assurance extra-scolaire
- La photocopie des vaccins obligatoires (carnet de santé ou attestation du médecin stipulant que les vaccins sont à jour)
- L'attestation employeur

Documents optionnels :

- La photocopie de l'avis d'imposition de l'année N-1 sur les revenus de l'année N-2 (*à fournir si nécessaire*)
- La photocopie du jugement (*à fournir en cas de changement d'autorité parentale*)
- Le test anti-panique – test PAN (*dans le cadre d'activités aquatiques*)
- Kbis (pour les familles hors territoire ayant une entreprise sur la CdC)

RESPONSABLE LEGAL

Parent 1 (adresse de facturation) :

NOM Prénom :
 N° Port :
 N° Fixe :
 Adresse :

 Tél professionnel :
 @ :
 Profession :
 Employeur :

Situation familiale :

- Union libre, Marié(e), Pacsé(e), Séparé(e),
- Divorcé(e), Veuf (ve), Garde alternée

Parent 2 :

NOM Prénom :
 N° Port :
 N° Fixe :
 Adresse :

 Tél professionnel :
 @ :
 Profession :
 Employeur :

Situation familiale :

- Union libre, Marié(e), Pacsé(e), Séparé(e),
- Divorcé(e), Veuf (ve), Garde alternée

Allocataire CAF / MSA N° d'allocataire

- Autorise Refuse que l'ALSH consulte mes ressources annuelles sur le site CDAP (CAF) ou l'espace MSA pour calculer le tarif journalier de mon enfant à l'ALSH.
 En cas de refus, fournir **la photocopie des avis d'imposition du foyer** de l'année N-1 sur les revenus de l'année N-2 afin de calculer le tarif journalier de votre enfant.
Le cas échéant le tarif plafond vous sera attribué.

AUTORISATIONS

Personnes à prévenir (en plus des parents)

Nom et Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Appel en cas d'urgence	Autorisé à récupérer l'enfant
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorise Refuse mon enfant à partir seul (à partir de 10 ans)

- Autorise la direction à prendre toutes les dispositions nécessaires pour la santé ou la sécurité de mon enfant (Hospitalisation ...)

Refuse la prise de photos de mon enfant Autorise la prise de photo de mon enfant et autorise que la Communauté de Communes du Sud Gironde fasse usage des photos ou vidéos sur les supports suivants :

SUPPORTS PAPIER	PUBLICATIONS ELECTRONIQUES	AUTRES
- Bulletins institutionnels - Rapports administratifs - Guides des services - Presse	- Site internet de la CdC - Newsletter - Chaîne You Tube - Réseaux sociaux (Facebook Instagram ...)	- Expositions - Projections publiques

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES ET MEDICAUX

Nom du médecin traitant : N° téléphone.....

Informations complémentaires (port de lunettes, prothèses auditives, appareil dentaire, etc.) et précautions à prendre :

- Allergie(s), si oui, laquelle / lesquelles :
- PAI (fournir la copie)

Repas :

- Allergie alimentaire (**Fournir le PAI**) : Autres (précisez) :

Votre enfant est en situation ou porteur de handicap :

Pour une première inscription, prendre rendez-vous avec la direction pour mieux préparer l'accueil.

- Votre enfant est-il reconnu en situation d'handicap auprès de la MDPH ? oui non
- Bénéficiez-vous de l'AEEH ? oui non
- Est-il en cours de détection ? oui non
- Précisions :

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, nommé ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
 Je déclare aussi avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH.

Mention RGPD : En validant ce formulaire, vous consentez à ce que la CdC du Sud Gironde traite les données personnelles recueillies. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la CdC du Sud Gironde pour les besoins des ALSH. Ces données sont conservées jusqu'aux 15 ans de l'enfant accueilli et sont destinées aux ALSH du territoire. Conformément au règlement UE 2016-679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer vos droits en contactant Gironde Numérique

Fait à le ____ / ____ / Signature :