

DOSSIER ADMINISTRATIF ALSH

ENFANT :

NOM :
 Prénom :
 Né(e) le : / / à
 Sexe : Garçon ☐ Fille ☐

RESPONSABLES :

Responsable légal 1 (autorité parentale) Coordonnées de facturation	
☐ Madame ☐ Monsieur Nom Prénom Adresse Né(e) le : / / à	Téléphone : - domicile..... - portable - bureau Mail : Régime : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐ N° Allocataire :
Responsable légal 2 (autorité parentale)	
☐ Madame ☐ Monsieur Nom Prénom Adresse	Téléphone : - domicile..... - portable - bureau Mail : Régime : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐ N° Allocataire :

RENSEIGNEMENT MEDICAUX DE L'ENFANT :

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

Allergies : ASTHME Oui ☐ Non ☐
 MEDICAMENTEUSE Oui ☐ Non ☐
 ALIMENTAIRE Oui ☐ Non ☐
 AUTRES Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si traitement, le signaler) :

.....

Difficultés de santé (Maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

Votre enfant est-il porteur de handicap :

Si oui, percevez-vous l'AAEH :

Oui ☐

Oui ☐

Non ☐

Non ☐

Votre enfant suit-il un traitement médical :

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.

Votre 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.

VACCINATIONS :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : (Port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...) Précisez :

.....

AUTORISATIONS :

Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant (une pièce d'identité pourra leur être demandée), ou à être contactées en cas d'urgence. Seules les personnes référencées ci-dessous seront autorisées à prendre en charge les enfants.

NOMS	PRENOMS	LIEN AVEC L'ENFANT	NUMERO DE TELEPHONE	Autorisé à récupérer l'enfant	Autorisé à être contacté en cas d'urgence

Oui ☐ Non ☐

Autorise la baignade.

Oui ☐ Non ☐

Autorise le transport de mon enfant en bus et minibus dans le cadre de ses activités de l'accueil de loisirs.

Oui ☐ Non ☐

Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs.

Oui ☐ Non ☐

Autorise mon enfant à voyager dans la voiture du directeur / directeur adjoint.

Oui ☐ Non ☐

Autorise à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale rendues nécessaires.)

Droit à l'image : Si vous ne souhaitez pas que les photos de votre enfant soient diffusées, merci de prévenir la direction par mail.

Documents à fournir obligatoirement :

- La photocopie des pages vaccination du carnet de santé.
- Les attestations d'assurance Responsabilité civile et Individuelle accident.
- Votre attestation CAF ou MSA avec votre Quotient Familial.

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 contactcvcommunaute.fr les données des usagers seront transmises aux services enfance jeunesse de la communauté de communes Chavanon Combrailles et Volcans.

Je soussigné(e)..... déclare exactes les informations communiquées dans le dossier administratif. Je m'engage à notifier toute modification ou mise à jour des informations communiquées. Cette inscription vaut acceptation des modalités définies dans le règlement intérieur. (cf : <https://alshccv.portail-familles.net/>)

Fait à Le

Signature :