



# FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE ALSH EXTRASCOLAIRE

## RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Sexe : F  M  Date de Naissance : --/--/---- à : \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant :

Cocher la case qui correspond à votre situation :

Régime Général  Régime agricole  Régime particulier

Numéro de sécurité sociale \* : \_\_\_\_\_

[\* NIR du parent auquel l'enfant est rattaché(e), ou le sien s'il en possède un]

Numéro d'allocataire **[OBLIGATOIRE]** : \_\_\_\_\_

Le coût de l'activité se calcule en fonction de votre quotient familial

## RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

### PARENT N°1

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

### PARENT N°2

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Situation familiale des parents : \_\_\_\_\_

Préciser à qui doit-être adressée la facture :  PARENT N°1  PARENT N°2



## AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise l'agent responsable de la collectivité à administrer à mon enfant les soins médicaux prescrits et à faire pratiquer les actes chirurgicaux nécessaires. Je m'engage, le cas échéant à rembourser sur présentation de justificatif, les frais avancés.
- J'autorise la participation de mon enfant au transport et aux activités de l'ALSH, selon les conditions fixées par l'autorité organisatrice.
- J'autorise la C CVS à utiliser l'ensemble des données renseignées, uniquement, à des fins de contacts, entre la collectivité organisatrice et la famille de l'enfant ou de l'ado inscrit[e].
- Autorisation de droit à l'image :
  - Au centre de loisirs  J'autorise  Je n'autorise pas
  - Sur le site de la collectivité  J'autorise  Je n'autorise pas
  - Dans la presse locale  J'autorise  Je n'autorise pas

À ....., le

Signature des responsables légaux :

### Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant

Nom/Prénom :	tél :
Nom/Prénom :	tél :
Nom/Prénom :	tél :
Nom/Prénom :	tél :

## PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE À LA FICHE D'INSCRIPTION

**Tout dossier incomplet ne sera pas accepté**

- Attestation d'assurance [Responsabilité Civile Individuelle Accident ou extra-scolaire].
- Attestation de quotient familial [de moins de 3 mois].
- Photocopie des pages de vaccination [pages 90 à 93] du carnet de santé.
- Fiche sanitaire complète.
- Acceptation signée du règlement de fonctionnement.
- Pour les parents séparés ou divorcés, notification de garde de l'enfant.

*Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 et sous réserve d'en faire la demande expresse vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles, ainsi que d'un droit d'opposition et d'un droit à l'effacement des données personnelles vous concernant, que vous pouvez exercer en écrivant par mail à [enfancejeunesse@ccvs84.fr](mailto:enfancejeunesse@ccvs84.fr) ou par courrier à Monsieur le Président - C CVS - Quartier Mougne - 84390 SAULT et en joignant copie de votre pièce d'identité.*

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
 DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE :    M        F   

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?     Oui     Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES     oui     non  
 MÉDICAMENTEUSES     oui     non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :     oui     non  
 Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser     oui     non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS  
 Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

# ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e), Madame, Monsieur .....

Responsable légal de(s) l'enfant(s) .....

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH Ventoux Sud de Sault, et en accepte toutes les conditions.

Fait à ..... Le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



**ALSH Ventoux sud**

Pôle Jeunesse - Quartier Mougne 84390 SAULT

☎ 04 90 64 04 68 - 06 31 51 24 20 - ✉ [alhsault@ccvs84.fr](mailto:alhsault@ccvs84.fr)