

Communauté de Communes
Cazals-Salviac
5 boulevard Hugon
46340 SALVIAC



DOSSIER D'INSCRIPTION

**Aux Accueils de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)
de Cazals et de Dégagnac**

ALSH BAMBINADO

Les Prades, 46250 CAZALS

☎ 05 65 21 63 00

✉ alsh.cazals@cc-cazalssalviac.fr

ALSH LES P'TITS BOUTS RIANTS

110 Côte de la Poujade, 46340 Dégagnac

☎ 05 65 41 48 51

✉ alsh.degagnac@cc-cazalssalviac.fr



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



- ALSH BAMBINADO**
- ALSH LES P'TITS BOUTS RIANTS**

ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

PARENT 1 (responsable légal de l'enfant) :

NOM : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

N° tél. : _____

N° port. : _____

N° CAF/MSA : _____

Adresse mail (en MAJUSCULES pour une meilleure lecture) : _____

Employeur : _____

N° téléphone : _____

PARENT 2 (responsable légal de l'enfant) :

NOM : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

N° tél. : _____

N° port. : _____

N° CAF/MSA : _____

Adresse mail (en MAJUSCULES pour une meilleure lecture) : _____

Employeur : _____

N° téléphone : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (en dehors des parents)

Nom	Prénom	Téléphone

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER VOTRE ENFANT

Nom	Prénom	Téléphone

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M./Mme responsable légal/tuteur de l'enfant :

Nom.....Prénom.....

Autorise le personnel de l'ALSH :

- à photographier / filmer mon enfant dans le cadre de projet d'animation, lors de sorties et de manifestations organisées par celui-ci.

OUI NON

- à diffuser les photos sur Internet où il apparaît, articles de presse...

OUI NON

J'autorise mon enfant à quitter **tout seul** l'établissement (ALSH) après la fin des activités (soit après 17h30).

OUI NON

J'autorise les responsables de l'ALSH à prendre, après avis médical, les mesures nécessaires à la santé et la sauvegarde de mon enfant (y compris hospitalisation et intervention chirurgicale en cas d'urgence), dans la mesure où ils ne pourraient joindre les parents ou les responsables légaux.

En outre, j'autorise ces mêmes responsables à transporter mon enfant dans les véhicules affrétés par la Communauté de Communes Cazals-Salviac pour se rendre sur le lieu des activités, en conséquence de quoi je n'engagerai aucune poursuite en cas de sinistre.

Fait à le

Signature des parents

Merci de nous retourner le dossier de votre enfant **dûment complété**, accompagné des documents suivants :

- La fiche de renseignements
- La fiche sanitaire avec la photocopie des vaccins obligatoires
- Une attestation d'assurance scolaire-extrascolaire de l'année en cours
- L'attestation de votre quotient familial de la CAF (du mois de novembre N-1) et/ou
- L'attestation de la CAF Aides aux loisirs et aux temps libres (pour les QF < 550€)
- L'attestation de la MSA Pass Accueil

FORMULAIRE CONSENTEMENT RGPD

J'accepte que la Communauté de communes Cazals-Salviac, dont le responsable de traitement est son Président ou sa Présidente collecte, enregistre et traite les données à caractère personnel que je viens de renseigner dans ce formulaire ou dans les documents remis. Je prends note que le traitement de mes données répond aux finalités suivantes :

- Gestion du dossier d'inscription de l'enfant à l'ALSH,
- Gestion des documents de prestations (CAF/MSA...) en lien avec les activités périscolaires et extra-scolaire de l'enfant,
- Gestion de l'enfant durant tout son accueil au sein de l'ALSH,
- Communication exclusive entre la structure et la famille,
- Statistiques non nominatives.

J'accepte que certaines de ces informations soient communiquées à des tiers extérieurs (prestataires des allocations) agissant pour le compte ou en lien avec la Communauté de communes Cazals-Salviac, dans le respect des finalités précédemment énoncées. Ces données ne seront pas transmises à des fins commerciales.

Les informations personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire et tant que l'enfant concerné sera accueilli. Je peux exercer mon droit de suppression des données. Dans ce cas, la durée de conservation sera conforme aux obligations légales ou réglementaires.

Date / Nom / Prénom / Signature

Vous disposez d'un droit d'accès à toutes les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de ce formulaire ou dans les documents remis. Vous disposez à tout moment d'un droit de retrait de votre consentement, de rectification, d'opposition, de restitution et de suppression de vos données en faisant votre demande auprès du service la Communauté de communes Cazals-Salviac qui a procédé à la collecte de la donnée.

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).

A défaut de consentement quant à la collecte et au traitement de vos données, la Communauté de communes Cazals-Salviac ne sera pas en mesure de traiter votre demande d'inscription.

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1 – ENFANT**

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui non	oui non	oui non	oui non	

Allergies: **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non

AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature:

Si vous nous transmettez cette fiche sanitaire par email, l'indication du nom et du prénom vaut signature.