



22 Avenue Pierre Estirac
66600 Opoul-Perillos
04.68.64.50.22



Formatché Laurie
07.87.08.04.15

DOSSIER INSCRIPTION ALAE DU MERCREDI

Nom et Prénom de l'enfant _____

Classe : _____ Age : _____ Sexe : _____

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle
Archivé durant 3 ans mais qui nécessite un renouvellement annuel

Année Scolaire 2020/2021

PIECES A JOINDRE

(Les documents doivent être visés par la structure NE PAS COCHER)

- Fiche sanitaire dûment complétée et signée
- Photocopie du carnet de vaccination précisant que l'enfant est à jour
- Attestation d'assurance responsabilité civile (périscolaire, extrascolaire)
- Si non autorisation de consultation QF : Attestation de Quotient Familial de moins de 3 mois
- Si jugement : copie de la décision du juge aux affaires familiales et/ou du juge des enfants
- Si PAI : Document de Projet d'Accueil Individualisé qui précise ses besoins thérapeutiques

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et les responsables de la structure. 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 ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom et prénom père, mère, tuteur ou responsable légal ① _____

Adresse _____ Code postal _____ Ville _____

Profession _____

Employeur _____ N° de tél _____

Dépend du régime général de Sécurité Sociale Oui Non

N° Sécurité Sociale

Nom et prénom père, mère, tuteur ou responsable légal ① _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Profession _____

Employeur _____ N° de tél _____

Dépend du régime général de Sécurité Sociale Oui Non

N° Sécurité Sociale

Autorisez-vous l'ALAE à utiliser les données CAF de la famille oui non

N° Allocataire CAF ou MSA dont dépend l'enfant

Situation de famille : _____ Autre _____

① Veuillez rayer les mentions inutiles

Scolarisation Institution (IME, ITEP, IEM) Dispositif : aucun AVS ULIS Domicile

Votre enfant bénéficie-t-il d'un dispositif : CAMSP CMP CMPP SESSAD SAGPA
Hôpital de jour

ADRESSE MAIL

@

AUTRES ADULTES A CONTACTER renseigner si nécessaire les éléments ci-dessous plusieurs choix de cases possibles.
En complément des responsables légaux dûment habilités qui sont priorisés.

En cas d'urgence	Autorisé(s) à récupérer l'enfant	Nom/Prénom	Téléphone

FRATRIE COCHER cocher la case et renseigner si nécessaire les éléments ci-dessous (frères et sœurs)

La fratrie est-elle inscrite dans la structure ?

OUI

Si OUI, Nom(s), Prénom(s) : _____

NON

DECLARATION DU (des) RESPONSABLE(S) LEGAL (aux) DE L'ENFANT

Pour être admis à l'ALAE cette déclaration devra obligatoirement être complétée et signée.

Je soussigné(e) _____

Responsable légal de l'enfant, Père, Mère, Tuteur ① _____

Déclare inscrire mon enfant à l'ALAE et avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement (réf. Règlement intérieur).

Autorise le responsable de l'ALAE, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties prévues dans le cadre des activités de l'ALAE.

Les animateurs sont parfois amenés à prendre des photos, à enregistrer la voix de vos enfants.

Elles sont utilisées dans un but non commercial, exclusivement pour illustrer et valoriser les actions faites par les enfants sur l'ALAE, pour quelques manifestations spécifiques, ou dans le cadre d'actions de communications (article presse, sites, vidéos, reportages, site Facebook...).

Conformément aux règles en vigueur, nous vous demandons de bien vouloir préciser votre souhait.

J'autorise le responsable de l'ALAE à utiliser les photos et la voix de mon enfant.

Je n'autorise pas le responsable de l'ALAE à utiliser les photos et la voix de mon enfant.

SORTIE DES ENFANTS

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant :

-
-
-
-

Lu et approuvé, Signature (s) :

RECOMMANDATIONS

Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières à faire au responsable de l'ALAE au sujet de votre enfant (santé, physique, autres...) veuillez les indiquer ci-dessous.

Renseigner les éléments ci-dessous et cocher la case

ENFANT

Sexe : Féminin Masculin

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____ Age : _____

LIEU DE VIE Plusieurs choix de cases possibles si garde alternée, vacance en famille élargie...

Parental Maternel Paternel Tuteur/Tutrice Ass.Famillial Institut MECS Autres

Précisez ci-dessous si l'adresse du lieu de vie est différente de celle du/des responsables légaux.

Nom/Prénom : _____ Tel : _____

Adresse : _____

ACTIVITE EN VIE COLLECTIVE plusieurs choix de cases possibles permettant d'améliorer le 1^{er} accueil et de contribuer l'analyse d'élément.

Aucune Ass.Maternel.le MAM RAM Micro-crèche/ Multi accueil Asso/ Club

Garderie scolaire Centre de loisirs (Péri-extrascolaire) Ne souhaite pas répondre

SCOLARISATION cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments Classe : _____

Ecole Maternelle Ecole Primaire 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.

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 Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE Cocher la case correspondante.

A détailler dans la fiche sanitaire en cas de trouble de la santé, allergies, PAI, autres...

AUCUN ALLERGIE AUTRES TROUBLES DE SANTE AUTRES Préciser

SUIVI COMPLEMENTAIRE (CAMPS, CMP, CMPP, Hôpital de jours) cocher la case correspondante.

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 Ne souhaite pas répondre

BENEFICIAIRE DE L'AAEH cocher la case correspondante.

Recensement du nombre de bénéficiaires 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 financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

NON OUI Ne souhaite pas répondre

REMARQUE COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT Renseigner les éléments si nécessaire

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné/e, (responsable de l'enfant), **avoir déclaré les renseignements exacts portés sur cette fiche, et avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure. Ces informations recueillies sur ce formulaire sont utilisées par la structure dans le but de suivi/contrôle. Elles seront concernées pendant trois ans.**

Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant l'enfant (santé, scolarisation, lieu de vue, assurance...) ou du/des responsables (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 la directrice de la structure.

Chaque responsable légal est notamment informé que conformément à la 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 es nécessaires pour répondre à sa demande et sont destinées à la directrice, en tant que responsable du traitement à des fins de gestions administrative des services utilisés.

A

Le.....

Signature du/des responsable(s)

Dossier complet et signé à retourner à la directrice de l'ALAE.





AUTORISATION DE CAPTATION (personnes mineures)

Madame, Monsieur, l'exploitation et la conservation du document se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. La voix et/ou l'image et/ou les productions du mineur ainsi que le document d'accompagnement présenté (diaporama, texte, image, ouvrage...) seront fixées sur un support permettant sa diffusion et sa reproduction tel que défini ci-dessous.

CONCITEMENT DE L'ENFANT

SEXE Féminin Masculin

NOM : _____ Prénom : _____

- On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir les supports créés et sur lesquels j'apparais.
 Je suis d'accord pour que l'on enregistre mon image et ma voix.

RESPONSABLE(S) En qualité de cocher la case

Mère Père Tuteur/Tutrice

Mère Père Tuteur/Tutrice

Je soussigné(e) : NOM : _____

Je soussigné(e) : NOM : _____

PRENOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

ADRESSE : _____

TEL : _____

TEL : _____

Par conséquent, je donne autorisation à l'ALAE de Opoul-Périllos de représenter, reproduire, publier, diffuser et communiquer au public les images fixes et/ou animées sur lesquelles figure l'enfant cité ci-dessus dont je suis responsable légal et/ou ses productions prises durant les activités pédagogiques et artistiques dans le cadre du projet éducatif précitée ou au cours de leur restitution.

J'autorise l'ALAE de Opoul-Périllos à procéder à toute modification utile des images représentant le/la mineur/e et/ou ses productions ainsi qu'à la réutilisation ultérieure des images concernées pour un sujet identique ou similaire.

Les prises de vues photographiques, audiovisuelles, sonores peuvent être exploitées par l'ALAE dans le cadre de ses activités internes (jeux, affiches, journal, vidéos...)

J'autorise l'ALAE à diffuser des photos, vidéos sur les sites internet (mairie, Facebook...)

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'utilisation de l'image de mon enfant et/ou de ma voix, dans le cadre des projets présentés ci-dessus.

OUI NON

A _____ le _____

SIGNATURE DU/DES RESPONSABLE(S)



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
MEDICAMENTEUSES 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 des 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 :