



# DOSSIER ADMINISTRATIF ALSH

## ANNEE SCOLAIRE 2024 - 2025



### 1 ENFANT

NOM et prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Garçon  Fille

AGE..... CLASSE ..... LIEU DE SCOLARITE : .....

ALSH de 3 à 11 ans     Pôle Ados 12 à 15 ans inclus

### 2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

<b>Responsable légal 1 (autorité parentale)</b>	
<b>Coordonnées de facturation</b>	
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<b>Adresse mail obligatoire :</b> ..... Profession : ..... Employeur : ..... Lieu de travail : .....
Nom ..... Prénom ..... Adresse ..... ..... Téléphone :    - domicile..... - portable ..... - bureau .....	
<b>Responsable légal 2 (autorité parentale)</b>	
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<b>Adresse mail obligatoire :</b> ..... Profession : ..... Employeur : ..... Lieu de travail : .....
Nom ..... Prénom ..... Adresse ..... ..... Téléphone :    - domicile..... - portable ..... - bureau .....	
<b>3 DONNEES DE FACTURATION :</b>	
<p>La CAF et la MSA sont partenaires de nos actions et participent à leurs financements. Ce soutien permet la mise en œuvre d'une tarification adaptée aux ressources de chaque famille en fonction de son quotient familial. En fournissant votre numéro d'allocataire CAF, vous autorisez le service à utiliser votre numéro d'allocataire CAF/MSA pour accéder à votre quotient familial et à conserver les données pour justifier des tarifs appliqués.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Nom du parent allocataire CAF ou MSA :</b> .....</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Numéro allocataire CAF ou MSA :</b> .....</p>	

#### 4 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM et TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

ALLERGIES : ASTHME Oui  Non   
MEDICAMENTEUSE Oui  Non   
ALIMENTAIRE Oui  Non   
AUTRES Oui  Non

SI OUI, PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si traitement, le signaler) :

DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) A INDIQUER ICI EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

VOTRE ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP : oui  non   
Si oui, est-il pris en charge par la MDPH ? : oui  non   
Si oui, percevez-vous l'AEEH : oui  non

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL : 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.

L'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.

#### 5 VACCINATIONS

**Fournir obligatoirement une photocopie des pages vaccination du carnet de santé.**

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

#### 6 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC. PRECISEZ :

## 7 LES AUTORISATIONS

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant .....

→ autorise les organisateurs de l'ALSH à utiliser photographies et vidéos de mon enfant pour illustrer des articles relatifs à l'Accueil de Loisirs dans leurs **publications internes** (les expositions sur la structure, ...) et externes (la presse, les sites communaux ou intercommunaux, les réseaux sociaux,...) :

Oui  Non

→ autorise mon enfant à quitter seul l'ALSH et décharge les services enfance-jeunesse de l'association Planète Loisirs Animation de toute responsabilité en cas d'accident survenant sur le trajet de mon enfant pour quitter l'ALSH :

Oui  Non

Mon enfant est autorisé à quitter seul l'ALSH à .....h..... le mercredi (entre 13h00 et 13h30 ou entre 17h00 et 18h30) et à .....h..... durant les vacances scolaires (entre 17h et 18h30)

→ en fréquentant les services ALSH enfance/jeunesse, j'autorise les responsables :

à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires.

à transporter mon enfant en bus, tramway, train, voiture individuelle, minibus, lors des sorties, si nécessaire, à l'extérieur de l'accueil de loisirs.

→ 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

*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 [alsh.pontaurmur@ccvcommunaute.fr](mailto:alsh.pontaurmur@ccvcommunaute.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.

Date :

Signature du représentant légal précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

## PIECES A FOURNIR

- Le dossier administratif complété et signé
- Une photocopie de la partie vaccination du carnet de santé.
- Une attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire en cours de validité pour les dommages causés à autrui.
- Une attestation d'assurance « Garantie Individuelle Accident » en cours de validité pour les dommages causés à l'enfant lui-même.
- Une attestation de votre quotient familial CAF / MSA. Ou à défaut l'avis d'imposition complet de l'année N-1 correspondant aux revenus de l'année N-2 dans les cas suivants :
  - Radiation émanant de la CAF / MSA (fournir justificatif)
  - Quotient familial non calculé (fournir justificatif)
  - Non allocataire CAF ou MSA (fournir une attestation sur honneur)Sans attestation de quotient familial CAF / MSA, et en dehors de ces exceptions (calcul des tarifs en fonction de votre avis d'imposition), le tarif le plus élevé sera appliqué.
  
- En cas de PAI : fournir une copie du document PAI.
- En cas de reconnaissance MDPH de la situation de votre enfant : fournir une copie de la notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées,
- En cas de garde alternée ou exclusive : fournir un document attestant des modalités de garde ou une copie du jugement,