



**PARTIE RESERVEE A L'ALSH**

- Attestation d'assurance
- Livret de famille
- Copie du carnet de vaccination
- Quotient familial CAF ou MSA
- Copie du jugement si séparation
- Rib

NOM : .....

Prénom : .....

Fille       Garçon

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Etablissement scolaire : .....

Classe : .....

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**2023-2024** SERVICE ENFANCE ET JEUNESSE

**ALSH LATRIBU** 24590 St Geniès  
05 53 30 37 95 - 06 84 14 13 47  
[alshlatribu@paysdefenelon.fr](mailto:alshlatribu@paysdefenelon.fr)

**ALSH ST ROME** 24200 Carsac  
05 53 59 03 62 – 07 76 84 06 64  
[alshstrome@paysdefenelon.fr](mailto:alshstrome@paysdefenelon.fr)

	RESPONSABLE 1 <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> PERE	RESPONSABLE 2 <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> PERE	Responsable durant l'accueil (Familles d'accueil)
Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Marié/pacsé <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> veuve ou veuf		
NOM et Prénom			
Date de naissance			
Adresse			
Code postal + ville			
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Mail			
Profession			
Régime social			
Lieu de travail			
Téléphone professionnel			

**Personne(s) autorisée(s) (autre que les parents)  à venir récupérer l'enfant**

NOM et Prénom	Lien de parenté	Téléphone

*Dans les cas familiaux particuliers, merci d'en informer la direction*

**Informations relatives au quotient familial et aides aux loisirs**

<p>Nombre d'enfants à charge :</p> <p>Régime : <input type="checkbox"/> CAF   <input type="checkbox"/> MSA   Département :</p> <p>Nom allocataire : .....</p> <p>Numéro allocataire : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Autorise la communauté de communes Pays de Fénelon à utiliser le site « CAF Partenaire CDAP » pour obtenir des informations</p>	<p><input type="checkbox"/> Quotient familial : .....</p> <p>Fournir une attestation uniquement pour la MSA</p> <p><input type="checkbox"/> Déclare avoir des revenus supérieurs au plus haut quotient familial, ou ne souhaite pas communiquer mon avis d'imposition pour le calcul du quotient familial et accepte de payer le plus haut tarif.</p> <p><input type="checkbox"/> autres aides aux loisirs : .....</p>
---	--

**A DEFAUT DE JUSTIFICATIFS DE REVENUS, LE PLUS HAUT TARIF SERA APPLIQUE**

Les informations nécessaires à la facturation font l'objet d'un traitement et d'une transmission avec les services de finances publiques pour la facturation.

# FICHE SANITAIRE

Médecin traitant	Nom :	Téléphone :
PAI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Intitulé du PAI : Si oui, nous fournir une copie		Régime alimentaire :
Intolérance :		Contres indications particulières :
<u>Informations complémentaires :</u> <input type="checkbox"/> Port de lunettes <input type="checkbox"/> Port d'un appareil auditif <input type="checkbox"/> port d'un appareil dentaire <input type="checkbox"/> Enfant porteur d'un handicap <i>Précautions à prendre :</i>  Votre enfant a-t-il le complément AEEH ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

## VACCINATIONS *(joindre la copie du carnet de vaccinations)*

Vaccins obligatoires enfant né après 01/01/2018		Vaccins obligatoires enfant né avant 01/01/2018	
DTPHC		DTP	
Hépatite B			
Méningocoque			
Pneumocoque			
ROR			

**Si l'enfant n'est pas à jour de des vaccins obligatoires, nous ne pourrons pas l'accueillir.**

## AUTORISATIONS

- Autorise la collectivité à faire pratiquer les soins d'urgence par le centre 15. Un enfant accidenté ou malade sera orienté vers l'hôpital le mieux adapté selon les modalités définies par les services d'urgence. La famille sera immédiatement avertie
- Autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé dans le cadre des activités de loisirs à des fins de communication. (Presse, expo, site internet ;Facebook ...)
- Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités extérieurs et à se déplacer à pied, à vélo ou à emprunter le bus (prestataire) ou mini bus de la communauté de communes.
- Autorise mon enfant à se rendre seul et/ou à rentrer seul de l'ALSH et dégage de toutes responsabilités, l'équipe d'encadrement, après le départ de mon enfant.
- Accepte le prélèvement automatique auprès du trésor public avec mon RIB (Document à remplir)
- Déclare avoir reçu le règlement intérieur
- Déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile pour des activités extrascolaire. *(joindre une attestation d'assurance)*
- Déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription et d'annulation comme stipulé dans le règlement intérieur.
- Vos données personnelles feront l'objet d'un traitement informatisé pour lequel vous avez un droit d'accès et de rectification. Vous pourrez exercer ce droit en vous adressant à la direction du centre de loisirs

Fait à .....le, .....

Signature : .....