



# FICHE D'INSCRIPTION ALSH ADO Monflanquin

## DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Attestation d'Assurance** (comprenant la mention Activités Périscolaires et/ou Extrascolaires)
- Fiche Sanitaire de Liaison** (disponible sur demande) + **Vaccinations** (Carnet de Santé)  
+ Suivant la situation de l'Ado : PAI et/ou Ordonnance en cas de traitement médical en cours)
- Attestation du Quotient Familial** (à fournir, accessible depuis votre Espace Personnel CAF/MSA/Autres)

### INFORMATIONS « FAMILLE »

Cocher cette case si vous remplissez ce dossier en tant que « Famille d'Accueil » du (ou des) Jeune(s) ci-après

Nom d'usage : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

#### CONTACT (1) :

Mère  Père  Autre (préciser) : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

#### Coordonnées

N° Portable : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Mail : .....

#### Pour vous contacter en cas d'urgence

Profession : .....

Lieu : .....

Tél travail : .....

#### CONTACT (2) :

Mère  Père  Autre (préciser) : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

#### Coordonnées

N° Portable : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Mail : .....

#### Pour vous contacter en cas d'urgence

Profession : .....

Lieu : .....

Tél travail : .....

### JEUNE #1

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Enfant bénéficiant de l'AAEH

Informations (Allergies, Asthme, Régime alimentaire, Addictions,...):  
.....  
.....

### JEUNE #2

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Enfant bénéficiant de l'AAEH

Informations (Allergies, Asthme, Régime alimentaire, Addictions,...):  
.....  
.....

### JEUNE #3

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Enfant bénéficiant de l'AAEH

Informations (Allergies, Asthme, Régime alimentaire, Addictions,...):  
.....  
.....

### JEUNE #4

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Enfant bénéficiant de l'AAEH

Informations (Allergies, Asthme, Régime alimentaire, Addictions,...):  
.....  
.....



## INFORMATIONS « AUTORITES PARENTALES »

*Si, pour minimum un responsable légal du mineur,  
les informations sont **identiques** à celles renseignées dans l'encart **INFORMATIONS « FAMILLE »**,  
Alors cocher la ou les cases suivantes suivant la situation du foyer :*  Mère  Père

*Si, pour un responsable légal du mineur,  
les informations sont **différentes** à celles renseignées dans l'encart **INFORMATIONS « FAMILLE »** (en cas de séparation, divorce,...)  
Alors renseigner obligatoirement ci-dessous :*

Mère  Père

De l'enfant :  #1  #2  #3  #4

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Situation familiale : .....

### Coordonnées

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

N° Portable : ..... - ..... - ..... - .....

Mail : .....

### Pour contacter cette personne en cas d'urgence

Profession : .....

Lieu : .....

Tél travail : .....

*Si un des deux parents est déchu de son autorité parentale (partielle ou totale),  
joindre obligatoirement le document officiel (ordonnance de restriction, jugement,...)*

## AUTORISATIONS PARTICULIERES

Pour les jeunes âgés de 16 ans et plus uniquement :

Je l'autorise à consommer des boissons froides énergisantes, type « RedBull » ou « Monster »

Je l'autorise à consommer des boissons chaudes, type thé ou café

*RAPPEL : l'usage de cigarettes (même électroniques) n'est pas autorisé au sein de l'ALSH Ado.*

*N'hésitez pas à vous rapprocher de l'équipe d'animation si besoin*

## INFORMATIONS FACTURATION

### Régime d'appartenance

CAF

MSA

Autre : ..... (SNCF, EDF/GDF, RATP, ...)

### Informations liées au dossier

N° Allocataire : .....

Nom : .....

*Pour les **Familles d'Accueil** : merci de contacter l'Accueil de Loisirs pour les informations de facturation*

Je soussigné(e), .....

- › déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- › m'engage à signaler toute modification des informations renseignées sur cette fiche,
- › accepte sans réserve le Règlement Intérieur\* de la structure,
- › autorise le(s) responsable(s) de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (*traitements médicaux, hospitalisation*)

Le ..... à .....

Signature

*\*Disponible sur place ainsi que sur le site internet ; suivant le programme, le Jeune peut être amené, entre autres :*

- à participer à l'ensemble des activités (suivant le programme)

- à partir seul depuis les lieux d'accueil

- à mener des projets ponctuels sans animateur et sous conditions (portable en état d'utilisation, par groupe de 3 ou +)

- à figurer sur les supports de communication de l'ALSH Ado après autorisation et précision de diffusion

Les informations recueillies sur ce formulaire sont traitées par la Communauté de Communes Bastides en Haut Agenais Périgord pour la gestion des inscriptions aux Accueils de Loisirs Périscolaires et aux Accueils de Loisirs Sans Hébergement. La base légale du traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : les agents ayant un intérêt légitime à avoir communication de ces informations dans le cadre de leurs missions, leurs supérieurs hiérarchiques. Les données sont conservées sans limitation de durée.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à : [dpo@cdg47.fr](mailto:dpo@cdg47.fr) /05.53.48.00.70/ CDGFPT du Lot-et-Garonne, 53 rue de Cartou, 47000 Agen. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.