



Avant le 30 juin 2023

DOSSIER D'INSCRIPTION ALAE/ALSH

Une fiche de renseignement obligatoire par enfant

Ecole D'ARTHES et ALSH

ENFANT

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

Prénom & nom: _____ Régime alimentaire : standard Sans viande Sans porc

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à _____ Sexe : M F

Classe : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

RESPONSABLE LEGAL

<p align="center">Responsable 1 (domicile principal de l'enfant)</p> <p><input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <i>(Préciser) :.....</i></p>	<p align="center">Responsable 2</p> <p><input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <i>(Préciser) :.....</i></p>
<p>Situation entre le responsable 1 et le responsable 2 :</p> <p><input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Veuf (ve)</p>	
<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Né(e) le :/...../..... à :</p> <p>Adresse :</p> <p>C.P :</p> <p>☎ fixe :/...../...../...../.....</p> <p>📱 Portable :/...../...../...../.....</p> <p>Email :</p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Né(e) le :/...../..... à :</p> <p>Adresse :</p> <p>C.P :</p> <p>☎ Fixe :/...../...../...../.....</p> <p>📱 Portable :/...../...../...../.....</p> <p>Email :</p>



Pour bénéficier d'un tarif adapté à votre situation, vous devez justifier de vos revenus ou de votre quotient familial.

A défaut le tarif le plus élevé vous sera appliqué

<input type="checkbox"/> Vous êtes allocataire		<input type="checkbox"/> Vous n'êtes pas allocataire <p align="center">➔ Fournir l'avis d'imposition 2022</p>
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF	<input type="checkbox"/> Allocataire MSA	
Afin de simplifier vos démarches, autorisez-vous le service enfance du SIVU Arthès/Lescure à consulter vos données sur le site de la CAF ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	➔ Fournir l'attestation de quotient familial <input type="checkbox"/> Pass MSA (fournir le justificatif)
Indiquez votre N° Allocataire CAF : <input type="text"/> <input type="text"/>	➔ Fournir l'attestation de quotient familial	

Cadre réservé à l'administration

Quotient :

Pour les parents séparés :

Bénéficiez-vous d'une garde alternée oui non ➔ Fournir le jugement de divorce ou la dernière décision de justice

Si oui ➔ Compléter la partie ci-dessous :

Vous êtes : la mère le père

Votre garde : Semaine paire Semaine impaire autre ➔ Précisez :

Le cas échéant souhaitez-vous la mise en place d'une facturation séparée oui non **Si oui** ➔ Chaque parent doit faire son propre dossier

ACCUEIL DE LOISIRS ASSOCIE A L'ECOLE D'ARTHES (ALAE DU MATIN /MIDI /SOIR)

Renseignement 05.63.47.65.71

Aucune pré-inscription n'est nécessaire. Votre enfant sera inscrit à la présence.

MODE DE REGLEMENT DES FACTURES ALAE ET ALSH

Souhaitez-vous régler vos factures par prélèvement automatique oui non

Si oui complétez la partie ci-dessous :

- Reconduction** du prélèvement automatique **SANS** changement des coordonnées bancaires
- Reconduction** du prélèvement automatique **AVEC** changement des coordonnées bancaires ➔ Fournir un RIB
- 1ère demande** de prélèvement automatique ➔ Fournir un RIB et se rendre au bureau de l'ALAE pour signer le formulaire SEPA

OU : Je me réserve le choix du mode de paiement soit règlement espèces /chèque à l'ordre du trésor public auprès de l'ALAE ; soit le paiement en ligne (je demande obligatoirement à l'ALAE, l'accès au portail famille).

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT (ALSH mercredis et vacances)

Inscription obligatoire mercredi et vacances scolaires

Un programme ainsi que les modalités d'inscription seront disponibles sur le site www.cajiweb.fr

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT OU/ET A APPELER EN CAS D'URGENCE

Mettre une croix dans la case correspondante

Nom & Prénom	Lien de parenté	Tél. domicile	Tel. Portable	Autorisé à récupérer l'enfant	Appel en cas d'urgence

Si vous souhaitez que votre enfant quitte L'ALAE ou l'ALSH seul ou accompagné d'un mineur, vous devez obligatoirement fournir une autorisation parentale (à joindre à ce dossier, datée et signée).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Tél. médecin :

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant

L'enfant est-il vacciné contre :		Si oui, indiquer les dates des derniers rappels
VACCINS OBLIGATOIRES	Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Ou DT Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
VACCINS RECOMMANDÉS	Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Rubéole- Oreillons- Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Autres (précisez.....)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

MEDICAMENTS

**Aucun médicament ne pourra être administré à l'enfant sans l'autorisation du responsable de service.
Pour les traitements de longue durée, une PAI devra être mis en place**

MALADIES

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

ALLERGIES

L'enfant a-t-il des allergies ?

Allergies	oui	non	A :
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduite à tenir :
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pour toute allergie, intolérance ou régime alimentaire particulier un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit être effectué à l'initiative de la famille, auprès du médecin scolaire.

Les recommandations utiles des parents (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc) Précisez.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du service à prendre toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendu nécessaire par l'état de l'enfant, y compris lors des sorties organisées.

Signature(s) :

Autorisation de la publication de l'image de mon enfant

Je soussigné(e),

Représentant légal de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Autorise le service enfance du SIVU Arthès/Lescure à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figurent mon enfant qui seraient prises dans le cadre de l'ALAE ou de l'ALSH.

Celles-ci pourront être reproduites par, la mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

Oui

Non

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

Représentant légal de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service enfance du SIVU Arthès/Lescure de tout changement éventuel (adresse, téléphone, problème de santé, situation familiale ...).

Je reconnais également avoir pris connaissance du **règlement intérieur** et des **tarifs de l'ALAE/ALSH**, consultable en ligne (<http://www.cajivweb.fr>), conforme à la délibération du comité syndical, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées pour les finalités listées ci-après.

Les informations portées sur ce formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre enfant à toutes fins de bénéficier des services de l'ALAE et de l'ALSH de SIVU Arthes/Lescure.

Les destinataires des données sont exclusivement le personnel habilité au traitement logistique du service Enfance Jeunesse ARTHES/LESCURE.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au SIVU ARTHES/LESCURE Service Enfance-Jeunesse.

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s)