

Ce document est obligatoire pour l'inscription de votre enfant à l'accueil de loisirs sans hébergement du Val d'Ardoux.
A remettre en main propre lors des permanences ou à retourner complété par mail à l'adresse :
accueilloisirs.ardoux@ccterresduvaldeloire.fr

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ___/___/___ Age : _____ Ans Genre : Féminin Masculin

Commune résidentielle : _____ Ecole : _____ Niveau de classe : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

En 1^{ère} colonne merci d'inscrire le représentant légal en charge du règlement de la facture

Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
E-mail :	E-mail :
N° Allocataire CAF/MSA :	N° Allocataire CAF/MSA :
Profession* :	Profession* :



Merci de Joindre avec le dossier d'inscription une attestation de coefficient CAF/MSA, une attestation d'assurance extra-scolaire pour l'année en cours et la copie des pages de vaccinations.

SITUATION FAMILIALE

Marié Concubinage Divorcé Séparé Célibataire Veuf

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Noms et Prénoms	Lien avec l'enfant	Téléphones

J'accepte la facture électronique : OUI NON

INFORMATIONS MÉDICALES /OBSERVATIONS SPÉCIALES

Nom du médecin traitant : _____ Tel : _____

Allergies connues : Asthme Médicamenteuse Pollen Alimentaire

Autres : _____

Régime alimentaire (sans porc, allergie, intolérance...) :

L'enfant porte : Des lunettes Des lentilles Des prothèses auditives Des prothèses dentaires

Autres : _____

Mon enfant a eu les maladies suivantes :

Angine Otite Rubéole Coqueluche Rhumatisme articulaire Scarlatine Oreillons

Rougeole Varicelle

Vaccinations effectuées :

Tétracoq BCG Coqueluche Diphtérie DT Polio Hépatite B Poliomyélite Tétanos

Rubéole/Oreillons/rougeole Autres

J'autorise mon enfant à être conduit à l'hôpital le plus proche en cas d'urgence OUI NON

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Responsable 1 Responsables 2

Autres/Nom : _____ Tel : _____

AUTORISATIONS

Merci de mettre une X dans la case correspondante à votre choix

Mon enfant est autorisé à	OUI	NON
Pratiquer une activité de baignade		
Pratiquer du vélo		
Participer aux sorties organisées (transports compris)		
Rentrer seul de l'ALSH. Si OUI à partir de _____ H _____		

Mon enfant sait nager (sans brassards) OUI NON / **Mon enfant sait faire du vélo** OUI NON

Autorisation du droit à l'image :

J'autorise la CCTVL à prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités en vue d'agrémenter :	OUI	NON
Les dossiers de presse		
Le site internet de la CCTVL		
La parution dans les articles de presse locale		
A filmer mon enfant dans le cadre des activités, d'un projet d'animation et/ou pour faire un exemple de diaporama à présenter aux familles		

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de la CCTVL à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

J'atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'ALSH, je m'engage à l'expliquer à mon enfant et l'encourage à le respecter.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Communauté de Communes des Terres du Val de Loire pour assurer la facturation de l'ALSH. Les données collectées seront communiquées aux destinataires suivants : Direction petite enfance-enfance-jeunesse, Direction ALSH, Service comptabilité.

Les données sont conservées pendant l'année en cours, vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer le droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la Présidence de la Communauté de Communes des Terres du Val de Loire à l'adresse suivante : accueil@ccterresduvalde Loire.fr ou 32 rue du Général de Gaulle 45130 MEUNG SUR LOIRE ou 02.38.45.11.11

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatiques et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Fait à _____

Date ___/___/___

Signature du représentant légal :
(Précédé de la mention « lu et approuvé »)