

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle  
Archivée durant 3 ans mais qui nécessite un renouvellement annuel

## INSCRIPTION DE(S) L'ENFANT(S) ALSH

.....  mater  prim ..... maternel  primaire  
 .....  mater  prim ..... maternel  primaire

Responsable(s) Renseigner les éléments ci-dessous et cocher les cases. En cas de divorce, séparation des parents, de délégation à un/une tuteur/tutrice, fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités d'exercice de l'autorité parentale.

	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur/Tutrice	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur/Tutrice
Nom.....		
Prénom .....		
Adresse .....		
.....		
Ville .....		
CP .....		
.....		
Portable .....		
Email (pour envoi facture et informations concernant la structure).....		
N° Allocataire	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre..... QF : ..... DATE D'EFFET .....	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre..... QF : ..... DATE D'EFFET .....
N° Sécurité Sociale .....		
Profession .....		

NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE : .....  
N° DE CONTRAT : .....

**AUTORISATION DES RESPONSABLES** cocher la case Autorise  N'autorise pas   
à consulter mon quotient familial (QF) pour ajuster la tarification applicable

**AUTRES ADULTES A CONTACTER** Renseigner si nécessaire les éléments ci-dessous, plusieurs cases possibles, en complément des responsables légaux dûment habilités qui sont priorisés.

En cas d'urgence	Autoriser à récupérer l'enfant	Interdit à récupérer l'enfant	Nom – Prénom	Téléphone	Téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....

**Le dossier d'inscription complet se compose de :**

- une fiche de renseignements de la famille dûment remplie,
- une fiche individuelle par enfant inscrit dûment remplie,
- une fiche sanitaire de liaison dûment remplie.

**Les informations et documents suivants seront nécessaires à l'inscription :**

- le livret de famille,
- si jugement, une copie de la décision du juge aux affaires familiales et/ou du juge des enfants,
  - justificatif d'identité de l'adulte confiant l'enfant,
- le carnet de vaccination de l'enfant (photocopie) ou d'un certificat de vaccination, l'enfant doit être à jour de ses vaccins,
  - Si PAI, Document de Projet d'Accueil Individualisé qui précise ses besoins spécifiques,
    - le n° d'allocataire CAF ou du bon original de la MSA,
  - déclaration de ressources (n-2) pour les non-allocataires de la Caf des Pyrénées-Orientales,
    - le n° de sécurité sociale du parent responsable,
- un justificatif de domicile (facture d'électricité, de gaz, de téléphone, d'internet, quittance de loyer, titre de propriété),
  - une attestation d'assurance extrascolaire et/ou de l'attestation de responsabilité civile,
  - le N° de tel permettant un contact pendant le temps de présence de l'enfant.

**Les parents/responsable de l'enfant sont tenus d'informer la directrice ou directeur de la structure Léo Lagrange de tout changement, notamment contact téléphonique.**

ALSH Maternel Edouard Herriot  
Avenue Victor Dalbiez – 66000 Perpignan  
Tél : 07 63 02 69 74

[caroline.santiago@leolagrange.org](mailto:caroline.santiago@leolagrange.org)

ALSH Maternel Les Castors  
Place Léonce Élie de Beaumont – 66000 Perpignan  
Tél : 07 63 02 68 55

[stephanie.lutgen@leolagrange.org](mailto:stephanie.lutgen@leolagrange.org)

ALSH Primaire Jean Zay  
Avenue Victor Dalbiez – 66000 Perpignan  
Tél : 06 33 52 29 99

[julie.palmade@leolagrange.org](mailto:julie.palmade@leolagrange.org)

ALSH Primaire St Assisclé  
21 rue Maurice Lévy – 66000 Perpignan  
Tél : 07 63 02 67 74

[anna.desplat@leolagrange.org](mailto:anna.desplat@leolagrange.org) (sauf l'été)  
[stephanie.mariaud@leolagrange.org](mailto:stephanie.mariaud@leolagrange.org) (uniquement l'été)

ALSH Maternel et Primaire Blaise Pascal (été uniquement)  
Rue des Grenadiers – 66000 Perpignan  
Tél : 04 68 51 75 21  
[anna.desplat@leolagrange.org](mailto:anna.desplat@leolagrange.org)

Je soussigné(e), ..... certifie de l'exactitude des informations portées sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure. Ces informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le logiciel utilisé par la structure dans le but de suivi/contrôle. Elles seront conservées pendant trois ans.

Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant l'enfant (santé, scolarisation, lieu de vie, assurance...) ou du/des responsable(s) (coordonnées, modalités d'autorité parentale...). Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le/la directeur/directrice et/ou coordinateur/coordinatrice.

Chaque responsable légal est notamment informé que conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations qu'il communique par le biais de ce formulaire sont nécessaires pour répondre à sa demande et sont destinées au directeur/directrice et/ou coordinateur/coordinatrice, en tant que responsable du traitement à des fins de gestion administrative des services utilisés.

Fait à Perpignan, le ..... / ..... / ..... **SIGNATURE OBLIGATOIRE**

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle  
Archivée durant 3 ans mais qui nécessite un renouvellement annuel



Compléter une fiche par enfant et de la remettre au responsable du centre

NOM : ..... PRENOM : .....

Nom du Parent/Responsable : ..... Nom du Parent/Responsable : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE : M  F

LIEU DE VIE :  Parental  Maternel  Paternel  Tuteur/tutrice

Ass. Familiale  MECS  Autre

*Préciser ci-dessous si l'adresse du lieu de vie est différente de celle du/des responsable/s légaux.*

Nom -Prénom : ..... ① .....

Adresse : .....

### SCOLARISATION *cocher une case dessous et renseigner les éléments*

Classe .....

Ecole maternelle  Ecole élémentaire  Collège  Institution (IME, ITEP, IEM,)  A domicile

Nom de l'école ou institution : .....

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.) ?  Non  Oui  Ne souhaite pas répondre

Le P.P.S propose des dispositifs tels que AVS/AESH-ULIS-matériel adapté...

*Pour garantir la qualité d'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.*

### REGIME ALIMENTAIRE *cocher la case correspondante*

*A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil Individualisé (PAI), autres...*

Classique  Végétarien  Allergie  Autres troubles de santé

Autres *Préciser*.....

### SUIVI COMPLEMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, hôpital de jour) *cocher la case*

*Pour garantir la qualité d'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant.*

Non  Oui  Ne souhaite pas répondre

### BENEFICIAIRE DE L'AAEH *cocher la case correspondante*

*Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques de la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins de l'enfant dans la structure.*

Non  Oui  Ne souhaite pas répondre

### REMARQUES COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT *Renseigner les éléments si nécessaires.*

### AUTORISATION DES RESPONSABLES *cocher la case et renseigner si nécessaire*

Autorise N'autorise pas

L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisées par la structure

L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités

Laisser l'enfant quitter seul la structure à : ..... Heures (entre 17h et 18h15)

L'enfant pourra être récupéré par un/e mineur/e nommé/e : .....

selon les modalités définies avec la direction en référence au règlement intérieur.

A destination de l'équipe et de l'administration soumis à discrétion professionnelle  
Archivée seulement durant l'année car elle nécessite un renouvellement annuel



NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE : M  F

N° sécurité sociale associé à l'enfant .....

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU)  Non  Oui

**VACCINATION** *le carnet de vaccination de l'enfant (photocopie) ou d'un certificat de vaccination doit être remis à l'inscription.* A jour des vaccinations  Non  Oui

#### ALLERGIE

Alimentaire  Non  Oui Laquelle.....

Médicamenteuse  Non  Oui Laquelle.....

Autre  Non  Oui Laquelle.....

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un Projet Individualisé d'Accueil (PAI)  
 Non  Oui  déjà établi (document à fournir)

**PATHOLOGIE** (Asthme, diabète, épilepsie...) .....

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un Projet Individualisé d'Accueil (PAI)  
 Non  Oui  déjà établi (document à fournir)

#### TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI. (les médicaments dans leur emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Traitement régulier  Aucun  Pris au domicile  A prendre sur la structure

Traitement en cas de crise (pathologie, allergie...)  Non  Oui

Si traitement ; joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

L'enfant s'auto médicamente  Prévoir PAI pour l'accompagner  PAI déjà établi (à fournir)

#### APPAREILLAGE COMPENSATOIRE

Lunettes  Lentilles  Prothèse(s) Auditive(s)  Prothèse dentaire  
 Appareil orthopédique  Fauteuil/ déambulateur  Autre Lequel.....

*Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon l'activité...):*

La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un Projet Individualisé d'Accueil (PAI)  
 Non  Oui  déjà établi (document à fournir)

**MEDECIN TRAITANT** (facultatif)

Nom ..... Tél .....  
Adresse .....

**RESPONSABLE(S)** *En cas de divorce, séparation des parents, de délégation à un/une tuteur/tutrice, fournir le jugement correspondant afin de prendre connaissance des modalités d'exercice de l'autorité parentale.*

En qualité de cocher la case			En qualité de cocher la case		
<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur/tutrice	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur/tutrice
Nom			Nom		
Prénom			Prénom		
Adresse			Adresse		
Commune			Commune		
Tél .....Tél .....			Tél .....Tél .....		

**AUTORISATION DES RESPONSABLES**

Autorise  N'autorise pas

le/la responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant suivant les prescriptions du médecin consulté.

**ATTESTATION DU OU DES RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT**

Je/nous soussigné (e.s).....responsable(s) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir fourni l'attestation de vaccinations précisant par un médecin que l'enfant est à jour ou une copie du carnet de santé ou carnet de vaccination ainsi que le cas échéant le(s) Projet(s) Individuel Individualisé (PAI).

Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le/la directeur/directrice et/ou le coordinateur.

Les coordonnées personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisés que dans le cadre des relations entre vous et l'association Léo Lagrange. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données seront valables durant l'année en cours et détruites par le service concerné.

Date : ..... / ..... / .....

Signature(s) obligatoire(s) du/des responsable(s) :

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :