

1 - FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE LA FAMILLE

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.*

Mère Père Tuteur/Tutrice

Mère Père Tuteur/Tutrice


Nom.....

Prénom

Adresse

Ville

CP



Portable

Email (pour envoi facture et informations concernant la structure).....

N° Allocataire.....

CAF MSA Autre.....

CAF MSA 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*

à consulter mon quotient familial (QF) pour ajuster la tarification applicable

Autorise



N'autorise pas



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

En cas d'urgence

Autoriser à récupérer l'enfant

Interdit à récupérer l'enfant

Nom – Prénom

Téléphone

Téléphone



.....



.....



.....



.....



.....



.....

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 Victor Duruy
Rue du Carol à Perpignan
06.25.64.76.15

duruy.perpignan@leolagrange.org

ALSH Maternel Victor Hugo
Rue Raoul Dufy à Perpignan
06.25.64.67.13

roudayre.perpignan@leolagrange.org

ALSH Primaire Bas Vernet
Rue des Nohèdes à Perpignan
06.25.64.71.47

pontneuf.perpignan@leolagrange.org

ALSH Primaire Victor Hugo
Rue Raoul Dufy à Perpignan
06.25.64.76.19

hugo.perpignan@leolagrange.org

ALSH Maternel et Primaire Jean Jaurès (été uniquement)
Chemin dels Vivès à Perpignan
06.25.64.76.22

jaures.perpignan@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**

2 - FICHE INDIVIDUELLE DE L'ENFANT ALSH

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 : ☎

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 GEVA-sco - 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...

AUCUN ALLERGIE Autres troubles de santé Autres *préciser*

SUIVI COMPLEMENTAIRE (PCO, 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'AEEH *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 Demande en cours 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 :