



Accueils de loisirs : Egletons / Darnets / Lapleau / Marcillac la Croisille / Montaignac sur Doustre / Espace-Jeunes

☐ Cotisation de 10€00 annuelle pour l'Espace-Jeunes uniquement ; Facture envoyée par courrier et paiement au Trésor Public d'Egletons.

## Fiche de renseignements ALSH

ENFANT	
*Nom : .....	*Prénom : .....
*Date de naissance : .....	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Ecole : ..... Classe : .....	
N° portable éventuel de l'enfant (Espace-Jeunes uniquement) : .....	
*ADULTE 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....  * <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  Marié (e), Pacsé (e), Concubinage, Célibataire, Séparé (e), Divorcé (e), Veuf (Ve) <i>(Rayer les mentions inutiles)</i>  *Nom : ..... *Prénom : ..... *Adresse : ..... *Code postal : ..... *Ville : ..... Tél domicile : ..... *Portable : ..... *Email : ..... *Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Profession : ..... Employeur : ..... Adresse employeur : ..... Tél travail : .....	*ADULTE 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....  * <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  Marié (e), Pacsé (e), Concubinage, Célibataire, Séparé (e), Divorcé (e), Veuf (Ve) <i>(Rayer les mentions inutiles)</i>  *Nom : ..... *Prénom : ..... *Adresse : ..... *Code postal : ..... *Ville : ..... Tél domicile : ..... *Portable : ..... *Email : ..... *Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Profession : ..... Employeur : ..... Adresse employeur : ..... Tél travail : .....

Adresse de facturation : ☐ Adulte 1 ☐ Adulte 2 ☐ Adulte 1 et 2

## Informations relatives au Quotient Familial

Nombre enfants à charge : ..... Régime : CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Département : ..... Nom allocataire : ..... Numéro allocataire : .....  <input type="checkbox"/> Autorise la Communauté de Communes à utiliser les sites partenaires CAF et MSA pour obtenir mon quotient familial.	<input type="checkbox"/> Quotient familial : ..... Fournir un justificatif (attestation CAF ou MSA)  ou  <input type="checkbox"/> Déclare avoir des revenus supérieurs au plus haut quotient familial, ou ne souhaite pas communiquer mon avis d'imposition pour le calcul du quotient familial et accepte de payer le plus haut tarif.
<b>Tout changement en cours d'année doit être signalé : déménagement, téléphone, quotient familial, situation familiale etc.</b>	

**À DÉFAUT DE JUSTIFICATIFS DE REVENUS, LE PLUS HAUT TARIF SERA APPLIQUÉ**

Les informations nécessaires à la facturation font l'objet d'un traitement et d'une transmission avec les services de la Direction des Finances Publiques pour la mise en œuvre des opérations de facturation.

\* Critères obligatoires pour la création du compte sur le portail famille INOÉ.

## Fiche sanitaire

Nom et prénom de l'enfant : .....

Médecin traitant : Nom / Téléphone : .....

Régime alimentaire : ..... Allergies alimentaires : ..... PAI (à fournir) : ☐ oui ☐ non

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

Allergie(s), asthme, diabète, ... (joindre un justificatif), besoin spécifique de l'enfant :

Maladies (si traitement en cours, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants) :

Recommandations utiles des parents (l'enfant mouille-t-il son lit ? votre fille est-elle réglée ? porte-t-il des lunettes ? ...) :

**\*Vaccinations (se référer au carnet de santé) :**

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Méningocoque C	
Haemophilus influenzae B		Pneumocoque	
Coqueluche		Autres (préciser) :	
SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION			

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Nom / téléphone / lien) :

-  
-  
-

**\*Autorisations :**

Autorise la collectivité à faire pratiquer les soins d'urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autorise mon enfant à être photographié et/ou filmé et la collectivité à utiliser légalement son image sur les différents supports de communication	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autorise mon enfant à pratiquer l'ensemble des activités proposées et à se déplacer (à pied, bus, vélo)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Uniquement pour l'Espace-Jeunes :</b> Autorise mon enfant à se rendre et/ou à rentrer seul de l'Espace-Jeunes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**\* Critères obligatoires pour la création du compte sur le portail famille INOÉ.**

Je soussigné (e) M, Mme.....responsable de l'enfant : .....

☐ Déclare avoir reçu le règlement intérieur et en accepter les termes

☐ Autorise la structure à saisir les informations personnelles et médicales sur la plate-forme INOÉ

☐ Déclare avoir fourni une assurance responsabilité civile pour les activités périscolaires et extrascolaires auprès de ..... avec le n° ..... Il est également conseillé de souscrire une Garantie Accident de la Vie ou une assurance individuelle accident.

☐ Accepte de recevoir par mail des informations concernant les accueils de loisirs

☐ Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche

Fait à ..... Le ..... Signature(s) :