

J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé par l'ALSH OUI NON



## ALSH RDVJ DOSSIER JEUNE

Merci de signaler tous changements  
Chaque nouvelle année seules l'assurance et QF sont à renouveler

**JEUNE** ATTENTION : Un dossier par JEUNE OBLIGATOIRE.

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Sexe M  F  (Mettre une croix dans le  qui convient)

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... N° du département : ..... Nationalité : .....

N° de sécurité sociale : .....

### FAMILLE

Entourez votre situation familiale : Mariés Divorcé Pacsé Célibataire Parent-isolé Autres .....

Mr OU Mme / Mr OU Mr / Mme OU Mme / Mme / Mr : .....

Adresse où vit le jeune : ..... Téléphone Jeune : .....

..... Téléphone Parents : .....

..... FAX : .....

Adresse de facturation (si différente) .....

**E-mail (très important) :** .....

**N° allocataire CAF :** ..... **Aides aux loisirs CAF** OUI NON

**Si REGIME MSA N° coupon enfant :** .....

**ATTENTION :** Les TARIFS sont calculés en fonction du Quotient Familial. Une ATTESTATION est à remettre photocopiée chaque nouvelle année civile. A défaut, le tarif attribué aux familles sera le plus haut.

**POSSIBILITE de CREDIT D'IMPÔT : Pensez à demander une attestation fiscale lors de votre déclaration.**

Assurance extra-scolaire: ..... N° de contrat : .....

#### MERE

#### PERE

**Nom :** ..... **Prénom** .....

**Nom :** ..... **Prénom** .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... A .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... A .....

N° de département : ..... Nationalité : .....

N° de département : ..... Nationalité : .....

Adresse :

Adresse :

Téléphone 1 : .....

Téléphone 1 : .....

Mobile : .....

Mobile : .....

Tel. Professionnel : .....

Tel. Professionnel : .....

N° de sécurité sociale : .....

N° de sécurité sociale : .....

Profession : .....

Profession : .....

**Autorité Parentale : Oui Non** (Entourez la réponse)

**Autorité Parentale : Oui Non** (Entourez la réponse)

## **RENSEIGNEMENTS pour la sécurité sanitaire de l'enfant**

|   |                   |                      |                  |
|---|-------------------|----------------------|------------------|
| <u>MEDECIN traitant</u>   | <u>SPECIALITE</u> | <u>VILLE</u>         | <u>TELEPHONE</u> |
| <b>PAI : OUI NON</b>  |                   | <b>PPS : OUI NON</b> |                  |
| * Entourez la réponse et rayez la mention inutile. <b>SI OUI remettre la photocopie du protocole à la Direction</b> |                   |                      |                  |
| <u>Antécédents Médicaux</u>   |                   | <u>Commentaires</u>  |                  |
|   |                   |                      |                  |

Ce que vous souhaitez nous signaler **Concernant votre enfant**  
Comportement, Habitudes, problématiques diverses ... OBSERVATIONS particulières

- **J'autorise l'Hospitalisation de mon enfant en cas de problème (obligatoire):**   
L'établissement Hospitalier où mon enfant sera transféré sera le plus proche. J'en serai informé dans les plus bref délai.

| <b>AUTORISATIONS</b>  | Commentaires |
|---|--------------|
| J'autorise mon fils /ma fille à se <b>BAIGNER</b>   | oui / non    |
| J'autorise mon fils /ma fille à aller à la <b>PISCINE</b> ou sur une <b>base de loisirs AQUATIQUE</b>     | oui / non    |
| J'autorise mon fils /ma fille à avoir son <b>IMAGE</b> photographiée ou filmée par l'ALSH                 | oui / non    |
| J'autorise la <b>DIFFUSION</b> de l'image de mon fils /ma fille (affichage, presse, site ALSH...)         | oui / non    |
| J'autorise mon fils /ma fille à pratiquer des <b>activités SPORTIVES</b> (équitation, karaté, ect...)     | oui / non    |
| J'autorise mon fils /ma fille à prendre les <b>TRANSPORTS</b> collectifs prévus par l'ALSH (car/ minibus) | oui / non    |
| J'autorise mon fils /ma fille à quitter l'ALSH <b>SEUL</b>  | oui / non    |

**PERSONNES AUTORISEES à venir CHERCHER le JEUNES au Centre ou sur point de ramassage.**

**PERSONNES AUTORISEE à ACCUEILLIR le JEUNE à DOMICILE (Cas Problématique)**

| NOM prénom | VILLE | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|------------|-------|--------------------|-----------|
|            |       |                    |           |
|            |       |                    |           |
|            |       |                    |           |

### **PERSONNES à prévenir en CAS d'URGENCE**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

- Je m'engage à informer et signaler tout changement auprès de la Direction de la structure.

Fait à :

Le :

### **SIGNATURE**

Précédée de la mention

*« Certifie exact les renseignements donnés »*

### **Documents OBLIGATOIRES à fournir :**

Préciser seulement les changements éventuels chaque année :

- Photocopie du carnet de vaccination
- Photocopie du livret de famille Complet (enfants et parents)

**A FOURNIR chaque nouvelle année (photocopie).**

- 1) Justificatif quotient familial CAF, coupon MSA, aide loisirs
- 2) Attestation d'assurance et responsabilité civile

**ATTENTION : L'enfant sera considéré comme pouvant être accueilli sous la responsabilité de l'ALSH une fois le dossier rendu et complet.**