



Fiche de renseignement « famille » pour l'inscription à l'ALSH

NOM de l'enfant :

Prénom :

Sexe : fille / garçon

Né(e) le :

A :

Famille

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

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

Régime précisez CAF ou MSA

N° allocataire :

Domicile de l'enfant

Adresse :

Téléphone fixe :

Parent 1	Parent 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Mobile :	Mobile :
Tel. Professionnel :	Tel. Professionnel :
Profession :	Profession :

Pour établir la facturation :

Email :

Etablir la facture au nom et à l'adresse de : parent 1 – parent 2 – parent 1 et parent 2

L'enfant

FRATRIE

NOM-Prénom	Age

Nom de la compagnie d'assurance extrascolaire (responsabilité civile et individuelle accident) :

N° d'assuré ou de contrat :

La santé de l'enfant (remplissez les champs ou entourez votre réponse)

Nom-prénom du médecin traitant :

Téléphone et Adresse du médecin traitant :

L'enfant a-t-il des allergies (attestées par un allergologue) : oui / non
Si oui fournir la copie du Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) de l'école

L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives ou dentaires :

Vaccination :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel				
DT Polio (Diphtérie Tétanos Poliomyélite)							
Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018	Oui	Non	Date du dernier rappel
Haemophilus influenzae B				Coqueluche			
Méningocoque C				le pneumocoque			
Hépatite B				ROR (Rubéole Oreillons Rougeole)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (sauf le vaccin anti-tétanique)

Informations utiles concernant la santé/situation de votre enfant :

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

Autorisations (entourez votre réponse)

J'autorise mon enfant à avoir son **IMAGE** photographiée ou filmée par l'ALSH pour une utilisation dans le cadre des activités de l'ALSH et pour une communication sur le site de la communauté de communes ou dans la presse locale : oui / non

J'autorise mon enfant à venir à l'ALSH **SEUL (uniquement à partir du CP)** :
oui / non

J'autorise mon enfant à quitter l'ALSH **SEUL (uniquement à partir du CP)** :
oui / non

En complétant ce document, la famille est informée que l'inscription de son (ses) enfant(s) aux ALSH gérés par la Communauté de Communes du Pays de Lalbenque-Limogne l'engage :

- à autoriser la participation de ou des enfant(s) à l'ensemble des activités organisées par les ALSH y compris le transport,
- à informer la Direction de la structure si l'état de santé de mon enfant nécessite une prise en charge particulière,
- à respecter le règlement intérieur des ALSH,
- à signaler tout changement de ces informations.

La famille est informée qu'en cas de nécessité, l'équipe de l'ALSH contactera les services d'urgence compétents (SAMU ou pompier) afin de prodiguer les soins qui seraient nécessaire à son état.

Date et signature :

Joindre à cette fiche de renseignement :

- La photocopie du carnet de vaccination
- L'attestation d'assurance extrascolaire (responsabilité civile et individuelle accident)
- L'attestation du quotient familial de l'année en cours si vous souhaitez bénéficier du tarif dégressif
- Document justificatif de la CAF (aide aux loisirs) ou la MSA (coupon) si vous êtes bénéficiaires de ces aides.

Annexe à la fiche de renseignement « famille » pour l'inscription à l'ALSH

NOM de l'enfant :

Prénom :


Personnes autorisées à venir chercher mon (mes) enfant(s) et à prévenir en cas d'urgence
(une carte d'identité pourra leur être demandé)

Rappel : seule une personne majeure peut récupérer un enfant de moins de 6 ans.

Nom et prénom	adresse	Téléphone	Date de naissance et lieu de naissance

Date :

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA			
Référence unique du mandat			
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LE CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES DE CAHORS - SGC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte</p> <p>et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES DE CAHORS - SGC.</p> <p>Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. <p>Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p>			
Veillez compléter les champs marqués *			
LE DEBITEUR			
Votre Nom/Prénoms*			
Votre adresse :			
Numéro et nom de la rue *		
Lieu-dit *		
Code Postal *		
Ville *		
Pays *		
Les coordonnées			
du compte à débiter *	Numéro d'identification international	IBAN (International Bank Account Number) Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) :	JOINDRE UN RIB A VOTRE DEMANDE *
LE CREANCIER			
Nom du créancier	CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES DE CAHORS		
Identifiant créancier SEPA	FR60ZZZ674244		
Numéro et nom de la rue	83 rue Victor Hugo		
Code Postal Ville	46002 CAHORS CDEDEX 9		
Pays	France		
Type de Paiement *	<input type="checkbox"/> Paiement PONCTUEL <input type="checkbox"/> Paiement RECURRENT		
Signé le * à		
Signature(s) *		
Service concerné *	<input type="checkbox"/> ALSH / MICRO-CRECHE <input type="checkbox"/> MAISON DE SANTE	<input type="checkbox"/> AUTRE :	
<p>Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.</p> <p>Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</p>			
A retourner à:	COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS DE LALBENQUE-LIMOGNE 38 PLACE DE LA BASCULE - MAISON COMMUNAUTAIRE 46230 LALBENQUE		