

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE

☐ ASSAS ☐ GUZARGUES ☐ ST VINCENT DE BARBEYRAGUES ☐ AUTRES

Le dossier doit être obligatoirement retourné COMPLET et SIGNE à l'adresse suivante
contact.lesgarrigues@dso.ifac.asso.fr

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

PIECES OBLIGATOIRES – 1^{ÈRE} INSCRIPTION:

- ☐ Dossier unique d'inscription complété et signé
- ☐ Fiche sanitaire complétée et signée
- ☐ Autorisation de captation et droit l'image complétée et signée
- ☐ Photocopie du carnet de vaccinations à jour
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire, périscolaire et extrascolaire *responsabilité civile+ individuelle accident*
- ☐ Bénéficiaires CAF : Justificatifs Aides aux loisirs et AVE
- ☐ Avis d'imposition 2024 (ressources 2023)
- ☐ Photocopie du Jugement si parents séparés (décision de justice fixant les modalités de garde ou une déclaration conjointe signée des 2 parents) calendrier de garde alternée de l'année scolaire (si concerné)

Je fournis l'avis d'imposition : ☐ OUI / ☐ NON

Si NON, j'accepte de payer le tarif maximal

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.

INFORMATIONS RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Mail pour la facturation

Qualité : ☐ Père ☐ Mère
☐ Tuteur ☐ Tiers délégataire

Numéro allocataire : ☐ C.A.F ☐ M.S.A

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Mail :

Profession :

Qualité : ☐ Père ☐ Mère
☐ Tuteur ☐ Tiers délégataire

Numéro allocataire : ☐ C.A.F ☐ M.S.A

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Mail :

Profession :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER

Personne 1 – en qualité de

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

☐ A contacter en cas d'urgence

☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 2 – en qualité de

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

☐ A contacter en cas d'urgence

☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 3 – en qualité de

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

☐ A contacter en cas d'urgence

☐ Autorisé à récupérer l'enfant

INFORMATIONS ENFANT / ADOLESCENT(E)

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

LIEU DE VIE : *Plusieurs choix possibles*

☐ Parental ☐ Maternel ☐ Paternel ☐ Tuteur/trice ☐ Assist. Familiale ☐ MECS

☐ Autres :

Préciser l'adresse si celle-ci est différente du- des responsable(s) légal(aux)

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**

Nom : **Prénom :**

Adresse :

Téléphone 1 : **Téléphone 2 :**

ACTIVITE(S) EN VIE COLLECTIVE : *Plusieurs choix possibles permettant d'améliorer le 1^{er} accueil*

☐ Aucune ☐ Ass. Maternel.le ☐ MAM ☐ RPE ☐ Crèche ☐ Asso./Club ☐ Centre de loisirs

☐ Ne souhaite pas répondre

SCOLARISATION : *Cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments*

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

Nom de l'école ou de l'institution :

L'enfant/l'adolescent(e) bénéficie-t-il-elle d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S) ? *Cocher la case correspondante* ☐ Oui ☐ Non

SUIVI COMPLEMENTAIRE : (CAMSP, CMP, CMPP, hôpital de jour) *Cocher la case correspondante*

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

☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

BENEFICIAIRE DE L'AAEH : (CAMSP, CMP, CMPP, hôpital de jour) *Cocher la case correspondante*

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

☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE : *Cocher la case correspondante, à détailler dans la fiche sanitaire*

☐ Aucun ☐ Allergie ☐ Trouble de santé

AUTORISATIONS DU/DES RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

AUTORISATIONS :

Consulter mon quotient familial sur portail CAF (CDAP) pour ajuster la tarification applicable

OUI

NON

☐
☐

L'enfant/l'adolescent(e) pourra **participer aux différentes activités et sorties** organisées par la structure

☐
☐

L'enfant/l'adolescent(e) pourra **utiliser les moyens de transports** prévus dans le cadre des activités

☐
☐

L'enfant/l'adolescent(e) **pourra quitter seul-e** la structure à l'issue des activités proposées

☐
☐

FRATRIE

L'enfant/adolescent(e) a-t-il des frères et sœurs mineurs ?

NOM :

Prénom : Classe :

NOM :

Prénom : Classe :

NOM :

Prénom : Classe :

NOM :

Prénom : Classe :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné·e,responsable de l'enfant/adolescent(e), **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance des règlements intérieurs des structures.** Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le logiciel utilisé par les structures dans le but de suivi/contrôle. Elles seront conservées pendant trois ans.

Je **m'engage à signaler tout changement de situation** concernant l'enfant/adolescent(e) (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 ou la responsable de structure. 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 ou à la responsable de structure, en tant que responsable du traitement à des fins de gestion administrative des services utilisés.

Fait à

Signature du ou des responsable(s) :

Le/...../.....