

Accueils de Loisirs

CIAS - Pays de Nexon-Monts de Châlus

Terrier des Galoupiaux - Bouge Tes Loulous - Bouge Tes copains

FICHE D'INSCRIPTION – Saison 2024-2025



Pays de Nexon
Monts de Châlus
centre intercommunal
d'actions sociales

Enfant

NOM : PRENOM :
Date de naissance : ___/___/___ Ecole : Classe :

Régime Allocataire

CAF N° allocataire Bénéficiaire du « passeport jeunes » oui non
 MSA N° allocataire Fournir une photocopie du passeport

Père / Mère

Destinataire de la facture

MME / M. NOM : PRENOM :

Adresse :

Tél. : Domicile : ___/___/___/___/___ Mobile : ___/___/___/___/___ Travail : ___/___/___/___/___

M@il :

Père / Mère

Destinataire de la facture

MME / M. NOM : PRENOM :

Adresse identique

Adresse :

Tél. : Domicile : ___/___/___/___/___ Mobile : ___/___/___/___/___ Travail : ___/___/___/___/___

M@il :

Autre (famille d'accueil maison d'enfant membre de la famille) Destinataire de la facture

MME / M. NOM : PRENOM :

Adresse :

Tél. : Domicile : ___/___/___/___/___ Mobile : ___/___/___/___/___ Travail : ___/___/___/___/___

M@il :

Autorité parentale

Les deux parents

Parent détenteur unique (joindre un justificatif si décision de justice)

Autre

Nom : Prénom : en qualité de :

Personne à prévenir en cas d'urgence : Tél. : ___/___/___/___/___

INFORMATIONS SANTE

Et observations particulières

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Fille ou Garçon

Coordonnées du médecin traitant :

..... téléphone : ____/____/____/____/____

Pour être accueilli, votre enfant doit être à jour des **vaccinations obligatoires** (*antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique, (contre la coqueluche, contre les infections invasives à Haemophilus de type b, contre le virus de l'hépatite B, contre les infections invasives à pneumocoque, contre le méningocoque de séro groupe C, contre la rougeole, les oreillons et la rubéole – pour les enfants nés à compter du 01/01/2018, applicable au 01/06/2018) – loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017*) sauf contre-indication médicale reconnue.

Fournir **OBLIGATOIREMENT** la copie des pages de vaccinations du carnet de santé ou un certificat médical de contre-indication.

En l'absence de ces informations, votre enfant ne sera pas accueilli en collectivité.

Votre enfant a-t-il un problème de santé ? oui non

Si oui préciser

Votre enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Allergies

ASTHME oui non

Alimentaires oui non

Médicamenteuses oui non

Autre :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? oui non

IMPORTANT

En cas de PAI (Plan d'Accueil Individualisé) établi par le médecin, joindre IMPERATIVEMENT le protocole à suivre ainsi que les ordonnances et médicaments à administrer en cas de besoin dans un sac ou boîte au nom de l'enfant. Le PAI doit être en cours de validité.

Votre enfant est-il porteur de handicap ? oui non

Si oui merci de préciser

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ? oui non

Si oui, merci de nous fournir un justificatif.

Administration de médicaments

Dans l'hypothèse où la présence d'un auxiliaire médical habilité n'est pas requise et confirmée par mention spécifique sur l'ordonnance établie par le médecin délivrant le traitement, la prise de médicaments relevant des actes de vie courante est possible si **toutes** les conditions suivantes sont remplies :

1. Le médicament est prescrit par un médecin (avec mention sur l'ordonnance d'absence de nécessité d'un auxiliaire dûment habilité). En l'absence de cette mention, seuls les médicaments antipyrétiques de type paracétamol pourront être administrés.
2. Les doses prescrites et modalités d'administration sont clairement définies
3. Les médicaments sont amenés dans leur emballage d'origine

Une autorisation écrite parentale, datée de la période de prescription, accompagne l'ordonnance, permettant la distribution et l'administration du ou des médicaments conformément à l'ordonnance médicale.

Repas spéciaux : oui non

Si oui, préciser :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), M. Mme.

Responsable légal et détenteur de l'autorité parentale :

✓ Autorise mon enfant à **PARTICIPER AUX ACTIVITES** se déroulant à l'extérieur du centre, **et à prendre les transports (bus ou minibus) organisés par l'accueil de loisirs.** *(En cas de refus, mon enfant ne pourra pas participer aux sorties et ne pourra pas être accueilli le jour concerné)* J'accepte Je refuse

✓ Autorise le personnel de l'Accueil de Loisirs, qui est non médicalisé, à donner des médicaments selon les conditions prévues p2 – administration de médicaments. J'accepte Je refuse

✓ **Autorisation d'enregistrement de l'image/de la voix – Droit à l'image.**

La présente demande d'autorisation est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires pour l'utilisation de photographies, sons et vidéos dans les supports de communication (papiers et numériques) de l'ALSH du Centre Intercommunal d'Action Sociale. Ces photographies, sons et vidéos étant réalisés dans le cadre des activités proposées.

RAPPEL : l'article 16 de la Convention internationale des Droits de l'Enfant consacre le droit au respect de sa vie privée, ce qui implique notamment le respect de son droit à l'image. Lorsque l'enfant est trop jeune pour exprimer son consentement de façon autonome et éclairée (compréhension des enjeux et des conséquences), il importe de lui fournir les explications adaptées à son âge et de s'assurer autant qu'il est possible, compte tenu de son âge et de sa compréhension, de son adhésion.

Autorise l'utilisation dans les conditions prévues ci-dessus

Indique avoir fourni les explications adaptées à mon enfant

Non, je refuse

✓ Autorise les agents habilités du CIAS Pays de Nexon-Monts de Châlus à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes auprès de ma CAF afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches. J'accepte Je refuse

✓ **Afin de recevoir les programmes et toutes les informations relatives aux inscriptions, aux séjours ou toutes activités et actualités liées à l'ALSH, j'accepte de figurer sur une liste de diffusion par mail ou par SMS** (en aucun cas vos coordonnées ne seront transmises et vous avez la possibilité de vous désinscrire à tout moment) J'accepte Je refuse

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (préciser Nom / Prénom / Lien avec l'enfant) :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Dans le cadre du **Règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD) 2016/679**, les informations recueillies sont nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis. Ces informations sont conservées durant toute la période de fréquentation des activités par l'enfant puis archivées pour une durée maximum de 10 ans. Les justificatifs nécessaires à l'inscription ne sont pas conservés au-delà la période de fréquentation.

Les familles pourront exercer leur droit d'accès et rectification auprès du délégué à la protection des données du CIAS Pays de Nexon-Monts de Châlus, enregistré auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés sous la référence DPO – 123124.

Formulaire de contact : dpo@datavigiprotection.fr

Le responsable de l'enfant déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures (hospitalisation, traitement médical, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Il atteste avoir pris connaissance du mode de fonctionnement, des conditions d'organisation, du déroulement des activités et du règlement intérieur des accueils de loisirs et s'engage à les respecter et avoir expliquer avec un langage adapté à l'enfant l'article 12 du règlement intérieur.

Fait le ___/___/_____

à _____

Nom, prénom et signature des parents ou responsable légal

INFORMATIONS

ASSURANCE

Le CIAS souscrit annuellement une assurance en responsabilité civile couvrant les enfants et le personnel.

Une assurance couvrant les risques dans le cadre des activités péri et extrascolaires (Responsabilité civile et/ou assurance complémentaire) est obligatoire, merci de renseigner le nom de la compagnie, et numéro de contrat :

Nous vous informons de l'intérêt de souscrire en plus une assurance dommages corporels pour votre enfant (non obligatoire, mais utile).

Cadre réservé au CIAS

- Avis d'imposition année..... Remis le QF.....
- Pas d'avis remis
- Passeport CAF année.....Remis le
- Pas de passeport

LES DOSSIERS D'INSCRIPTION SONT A DEPOSER OU A ENVOYER

**C.I.A.S. Pays de Nexon – Monts de Châlus
6 bis place de la République – 87800 NEXON
OU**

A DEPOSER dans l'accueil de loisirs dans lequel vous souhaitez inscrire votre enfant.

Pour toute réservation (mercredis ou vacances scolaires), un dossier d'inscription individuel doit être renseigné par les familles. Aucune réservation ne sera prise en compte si le dossier d'inscription n'est pas valide (de l'année en cours de septembre à septembre) ou à jour.

Les dossiers sont à renouveler chaque année.

Les réservations s'effectuent uniquement par écrit :

Sur www.paysdenexon-montsdechalus.fr

Par mail ou par courrier.

Elles font l'objet systématique d'une validation par la directrice.

Pièces à joindre :

- Une copie du carnet de vaccinations de l'enfant.
- La copie du « passeport jeune » CAF de l'année civile en cours (pour les bénéficiaires). **En janvier, pensez à fournir le nouveau passeport.**
- Une copie du dernier avis d'imposition du foyer (pour chaque parent en cas de séparation), nécessaire au calcul de votre quotient familial qui déterminera le tarif appliqué.

