Centre social de la Vallée de l'Authre – Année 2023/2024

Dossier d'inscription enfants Secteur familles/séniors

Portes ouvertes des ateliers du secteur familles/séniors : du 25 septembre au 6 octobre 2023 inclus.

Inscriptions : pendant les ateliers du 9 au 20 octobre 2023. Merci de vous munir de votre attestation de QF ou de votre dernier avis d'imposition.

Si votre enfant n'est pas inscrit à l'accueil de loisirs ou aux TAP à la rentrée 2023, merci de joindre la fiche sanitaire à ce dossier.

Si le dossier d'inscription n'est pas rendu d'ici le 20 octobre, vous ne pourrez pas revenir aux ateliers après les vacances d'automne, le lundi 6 novembre.

Pour les certificats : si le certificat médical ou questionnaire de santé n'est pas rendu avant le 30/12/2023, vous ne pourrez plus vous rendre aux ateliers à partir de janvier 2023.

Merci de votre compréhension.

NOM ET PRENOM : ……

Date et lieu de naissance : ¦___¦___¦_____¦ à ……

Représentant légal 1	***Représentant légal 2***
□ Père □ Mère □Tuteur	□ Père □ Mère □Tuteur
□ Autre à préciser : _____	□ Autre à préciser : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Situation matrimoniale :	Situation matrimoniale :
□Célibataire □Marié(e) □Pacsé(e) □Vie maritale	□Célibataire □Marié(e) □Pacsé(e) □Vie maritale
□Divorcé(e) □Séparé(e) □Veuf(ve) □Autre	□Divorcé(e) □Séparé(e) □Veuf(ve) □Autre
Adresse : _____	Adresse : _____
Code postal : _____	Code postal : _____
Ville : _____	Ville : _____
☎Domicile : ___/___/___/___/___	☎Domicile : ___/___/___/___/___
☎Portable : ___/___/___/___/___	☎Portable : ___/___/___/___/___
☎Travail : ___/___/___/___/___	☎Travail : ___/___/___/___/___
Mail……	Mail……
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____

RESPONSABLE DE L'ENFANT EN CAS DE SEPARATION : Mère □ Père □ garde alternée □

Régime d'Allocations familiales dont l'enfant dépend :

CAF : ☐ MSA : ☐ Autres régimes

N° ALLOCATAIRE

QUOTIENT FAMILIAL : …… : **si non fourni, QF maximum appliqué**

Fournir une attestation CAF ou MSA obligatoirement ou à défaut l'avis d'imposition ou de non-imposition N-1 sur les revenus N-2.

N° de sécurité sociale : ……

Nom de l'assurance extrascolaire : …… N° d'assuré : ……

(Fournir l'attestation d'assurance)

Centre social de la Vallée de l'Authre – Année 2023/2024

Dossier d'inscription enfants Secteur familles/séniors

Ateliers	*Atelier avec certificat médical d'aptitude**
□ Atelier guitare □ Atelier parent/enfant □ Atelier autre, précisez : ……	□ Eveil à la danse *Les certificats étant valables 3 ans, merci de remplir uniquement un questionnaire de santé, si vous avez déjà fourni un certificat médical en 2022 ou 2021.

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité) **:**

Nom : …… Prénom : …… Qualité : …… Tél ___/___/___/___/___/___
Nom : …… Prénom : …… Qualité : …… Tél ___/___/___/___/___/___

ADHESION

Le territoire du centre social correspond aux 7 communes de la vallée de l'Authre : Crandelles, Jussac, Laroquevieille, Marmanhac, Naucelles, Reilhac et Teissières de Cornet.

Adhésion individuelle :	**□ Enfant du territoire 4€50**	**□ Enfant hors territoire 6€50**
Adhésion « Famille » :	**□ Habitants du territoire 12€**	**□ Habitants hors territoire 14 €**

AUTORISATIONS

Je soussigné (e) ,……., responsable légal de l'enfant …… :

(Rayer si non autorisation)

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par le centre social.
- Autorise mon enfant à être transporté dans le mini-bus du centre social dans le cadre des activités.
- Autorise la personne habilitée à consulter mon QF sur CDAP et à conserver une copie d'écran de mon QF.
- Autorise le centre social à utiliser l'image de mon enfant (photos, vidéos, plaquette, site internet, réseaux sociaux…)
- En cas de besoin d'hospitalisation, le centre social contactera le Centre Hospitalier d'Aurillac.
- Autorise le centre social à m'envoyer des informations sur ma boîte mail.
- Autorise le centre social à m'envoyer un SMS ou mail en cas de modification de l'activité.
- Consente à la collecte et à la conservation des données personnelles.
- Consente à la collecte et à la conservation des données médicales.

- Concernant les factures : je souhaite les recevoir : □ en version papier par courrier □ par mail

Je m'engage à respecter le règlement de fonctionnement cité plus haut dans l'encart vert.

A……, le…… Signature des représentants légaux :

Centre social de la Vallée de l'Authre – Année 2023/2024

Dossier d'inscription enfants Secteur familles/séniors

Informations médicales

VACCINS OBLIGATOIRES DT polio	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
AUTRES VACCINS			- -

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

Allergies

	OUI	NON	Lesquelles ? (Préciser la cause et les signes évocateurs)
Alimentaires	☐	☐	
Médicamenteuses	☐	☐	
Autres (pollen, animaux, …)	☐	☐	

P. A. I (Protocole d'Accueil Individualisé) : ☐ OUI ☐ NON

Problème de santé particulier : ……

Traitement médical : ……

Nom du médecin traitant : ……Numéro de téléphone : ……

Si oui, joindre le PAI et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

A……, le…… Signature :