



Centre Social de la Vallée de l'Authre

2, place des Ecoles – 15250 NAUCELLES 04 71 47 24 10 – centre.social.vallee.authre@csiva.fr

2024/ 2025

Pour vous simplifier les démarches, un seul dossier pour plusieurs activités

ALSH **ADOS** **CAMPS**

NOM et PRENOM L'ENFANT :

Date et lieu de naissance : |__| |__| |__| |__| à

Concerner les Ados : Mail : / Portable :

Etablissement scolaire fréquenté : **Classe :**

Représentant légal 1

Père Mère Tuteur

Autre à préciser :

Nom :

Prénom :

Situation matrimoniale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale

Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Autre

Adresse :

Code postal :

Ville :

☎ Domicile : __/__/__/__/__

☎ Portable : __/__/__/__/__

☎ Travail : __/__/__/__/__

Mail.....

Profession :

Employeur :

Représentant légal 2

Père Mère Tuteur

Autre à préciser :

Nom :

Prénom :

Situation matrimoniale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale

Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Autre

Adresse :

Code postal :

Ville :

☎ Domicile : __/__/__/__/__

☎ Portable : __/__/__/__/__

☎ Travail : __/__/__/__/__

Mail.....

Profession :

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

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° ALLOCATAIRE

.....

N° de sécurité sociale :

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

(Fournir l'attestation d'assurance obligatoirement)

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. __/__/__/__/__

Nom : Prénom : Qualité : Tél. __/__/__/__/__

Centre Social de la Vallée de l'Authre

2, place des Ecoles – 15250 NAUCELLES 04 71 47 24 10 – centre.social.vallee.authre@csiva.fr

INFORMATIONS MEDICALES

VACCINATIONS

Joindre **obligatoirement** un justificatif des vaccins (photocopie du carnet de santé et du carnet de vaccination ET/OU attestation du médecin traitant).

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

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

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|--|--|

L'ENFANT EST-IL SUJET AUX MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| MIGRAINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|--|---|

ALLERGIES

| | OUI | NON | Lesquelles ? (Préciser la cause et les signes évocateurs) |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Médicamenteuses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres (pollen, animaux, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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

Problème de santé particulier nécessitant un PAI :

Traitement médical :

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.

Indiquez **les difficultés de santé** en précisant les dates et les **précautions à prendre, ou toutes autres renseignements utiles** (maladie, accident, hospitalisation, opération, situation de handicap,...) :

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

AUTORISATIONS ET DECHARGES

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant : **(rayer si non autorisation)**

- Pour les enfants à partir de 6 ans, j'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs (3-12 ans et ados) seul, non accompagné
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par le centre social
- Autorise mon enfant à emprunter le transport collectif
- Autorise mon enfant à être transporté dans le mini-bus du centre social
- 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 l'hôpital public le plus proche.
- J'ai lu et accepte le règlement et fonctionnement disponible et téléchargeable sur le site et sur mon espace famille
- Autorise le centre social à m'envoyer **des infos** sur ma boîte mail
- Autorise le centre social à m'envoyer **les factures** sur ma boîte mail
- Consentement à la collecte et à la conservation des données personnelles
- Consentement à la collecte et à la conservation des données médicales

A....., le..... Signature :