



Centre social de la Vallée de l'Authre - Année 2024/2025

Dossier d'inscription enfants Secteur familles/séniors

Portes ouvertes des ateliers du secteur familles/séniors : du 23 septembre au 4 octobre 2024 inclus.

Inscriptions : pendant les ateliers du 7 au 18 octobre 2024. Merci de vous munir de votre attestation de quotient familial CAF ou MSA ou de votre dernier avis d'imposition sur les revenus de 2023.

Si votre enfant n'est pas inscrit à l'accueil de loisirs ou aux TAP à la rentrée 2024, merci de joindre la fiche sanitaire à ce dossier.

Si le dossier d'inscription n'est pas rendu d'ici le 18 octobre, vous ne pourrez pas revenir aux ateliers après les vacances d'automne, le lundi 4 novembre.

Pour les certificats : si le certificat médical ou questionnaire de santé n'est pas rendu avant le 30/12/2024, vous ne pourrez plus vous rendre aux ateliers à partir de janvier 2025.

Merci de votre compréhension.

NOM ET PRENOM :

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

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

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 2024/2025

Dossier d'inscription enfants Secteur familles/séniors

Ateliers

- Atelier guitare
- Atelier parent/enfant
- Atelier autre, précisez :

Atelier avec certificat médical d'aptitude*

- Eveil à la danse
- Danse contemporaine

*Les certificats étant valables 3 ans, merci de remplir uniquement un questionnaire de santé, si vous avez déjà fourni un certificat médical en 2023 ou 2022.

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 :	<input type="checkbox"/> Enfant du territoire 4€50	<input type="checkbox"/> Enfant hors territoire 6€50
Adhésion « Famille » :	<input type="checkbox"/> Habitants du territoire 12€	<input type="checkbox"/> 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.
- Consens à la collecte et à la conservation des données personnelles.
- Consens 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 2024/2025

Dossier d'inscription enfants Secteur familles/séniors

Informations médicales

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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 :

Traitement médical :

Nom du médecin traitant :Numéro de téléphone :

Si oui, joindre si possible 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 :