

Date de dépôt : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ G  F   
 NÉ(E) le (jour / mois / année) : \_\_\_\_\_ ÉCOLE FRÉQUENTÉE : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  Marié  Célibataire  Divorcé  Pacsé  Séparé  Veuf  Autres

### RESPONSABLE LÉGAL N°1 \*

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Tél Dom : \_\_\_\_\_ Bur : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

AUTORITÉ PARENTALE : Oui  Non

### RESPONSABLE LÉGAL N°2

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Tél Dom : \_\_\_\_\_ Bur : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

AUTORITÉ PARENTALE : Oui  Non

### MAIL DE LA FAMILLE

Mail Responsable Légal 1 \* (EN MAJUSCULES) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

*\* Attention ce mail sera le mail de référence sur le Portail familles*

Mail Responsable Légal 2 (EN MAJUSCULES) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Nom, Organisme ou personne référente : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Percevez-vous l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H.) Oui  Non

Compagnie d'assurance RC ou scolaire : \_\_\_\_\_ Limite de validité : \_\_\_\_\_

### FRERE(S) ET SŒUR(S)

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre d'enfant(s) à charge : \_\_\_\_\_

N° d'allocataire C.A.F : \_\_\_\_\_

J'autorise la collectivité à utiliser C.D.A.P. : (Consultation des Dossiers Allocataires par les Partenaires) Oui  Non

→ Vous n'êtes pas allocataire CAF de la Haute Garonne : M.S.A. \_\_\_\_\_

C.A.F. autre département précisez : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE FACTURATION (Si différente) : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### Cadre réservé à l'administration :

Quotient C.A.F : \_\_\_\_\_ Avis d'imposition  TARIF : \_\_\_\_\_

## FICHE MEDICALE DE L'ENFANT

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES** : D.T.C.P. – Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

**VACCINATIONS RECOMMANDEES** : HEPATITE B  R.O.R.  COQUELUCHE  B.C.G.

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

<i>Rubéole</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<i>Varicelle</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<i>Angine</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Scarlatine</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<i>Coqueluche</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<i>Scarlatine</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Otite</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<i>Rougeole</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	<i>Oreillons</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Rhumatisme articulaire</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>							

### ALLERGIES :

ASTHME	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSES	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

L'enfant a-t-il un traitement médical qui nécessite un Protocole d'Accueil Individualisé ?

Oui  Non  **Si oui, joindre le PAI**

Préciser : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Recommandations utiles :  Repas SANS VIANDES  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS

**REPRESENTANT(S) LÉGAL (AUX) DE L'ENFANT** : Sous réserve de préserver l'intimité de sa vie privée et que le fichier informatique les contenant ait fait l'objet d'une déclaration préalable à la C.N.I.L., vous autorisez l'équipe de l'ALSH ADL LE LAC à reproduire et à diffuser ces photographies, dessins, écrits ou toutes sortes de réalisations intellectuelles à des fins non commerciales et dans un but strictement pédagogique ou éducatif que votre enfant serait amené à réaliser et sans contrepartie financière pour : diffusion sur Internet, supports numériques à destination des familles et du personnel de l'ALSH ADL LE LAC.

- Autorisez-vous la diffusion des photos et des prises vidéo de votre enfant ainsi que l'enregistrement sonore de sa voix, effectués au cours des différentes activités, sur des supports de communication (journaux, affiches, diaporamas, films...)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Autorisez-vous la diffusion de créations réalisées par votre enfant ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Autorisez-vous votre enfant à être transporté dans un bus ou un mini bus ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Autorisez-vous votre enfant, accompagné d'animateur(s) de l'ALSH ADL LE LAC à sortir de la structure pendant les activités du mercredi après-midi ou des vacances scolaires ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
En cas d'urgence ou de problème médical, autorisez-vous le responsable de la structure à prendre toutes les mesures d'urgence médicales rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant cité ci-dessus,

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le présent dossier et avoir pris connaissance que l'administration se réserve la possibilité de vérifier, par tous les moyens légaux, la véracité de ces déclarations.

Qu'ainsi, une fausse déclaration afin d'obtenir un avantage ou un service quelconque expose non seulement à l'annulation immédiate du bénéfice de l'avantage ainsi obtenu mais aussi aux poursuites pénales possibles (articles L433-19, L441-7 du Code Pénal).

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé détenu par l'ADL LE LAC pour toute inscription dans la structure.

Elles sont conservées pendant 10 ans et sont destinées à la direction de la structure ainsi qu'aux membres des bureaux de l'ADL LE LAC. Elles peuvent également être consultées par des partenaires tels que la Caisse d'Allocations Familiales, la Protection Maternelle Infantile (P.M.I.) et la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports ainsi que par les agents du Département enfance/jeunesse de la Communauté de communes des Terres du Lauragais.

Conformément à la loi « informatiques et libertés » (<https://www.cnil.fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee>), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la direction de l'ADL LE LAC.

Je déclare :

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH ADL LE LAC et m'engage à le respecter,  
 M'engage à signaler toute modification concernant le dossier d'inscription à l'ALSH ADL LE LAC

**FAIT À :**

**SIGNATURE(S)**

**RESPONSABLE LÉGAL 1 :**

**RESPONSABLE LÉGAL 2 :**

**DATE :**

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT  
(en dehors du responsable légal)**

Nom Prénom	Lien de Parenté	N° de Téléphone

**PERSONNES POUVANT ETRE CONTACTEES EN CAS D'URGENCE  
(en dehors du responsable légal)**

Nom Prénom	Lien de Parenté	N° de Téléphone

**Pièces à fournir obligatoirement :**

- Règlement des frais d'adhésion à l'association d'un montant de 25€ par famille (Virement ou chèque)
- Attestation d'assurance scolaire et/ou responsabilité civile de l'année en cours pour chaque enfant
- Copie du carnet de santé ou certificat médical attestant que les vaccinations sont à jour pour chaque enfant
- En cas de divorce, copie du jugement concernant la garde
- Attestation Quotient Familial CAF (au 1er janvier de l'année) par famille **ou Autoriser la direction et les membres du bureau de l'ADL LE LAC à consulter sur le site de la CAF, la CDAP (Consultation des Dossiers Allocataires par les Partenaires)**
- Attestation Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H.)

**Pour la MSA, les familles non affiliées à la CAF de la Haute Garonne ou refusant l'accès à la CDAP, fournir l'Avis d'imposition par famille sans quoi le quotient familial maximum est appliqué sans rétroactivité lors de la facturation.**

**Le dossier unique est obligatoire pour que votre enfant puisse fréquenter l'ALSH ADL LE LAC, en application de la réglementation des accueils de loisirs de mineurs de la Direction Départementale de la Cohésion Social.**

**Il doit être complet et accompagné de toutes les pièces justificatives pour que cette inscription soit validée (sauf avis d'imposition qui devra nous parvenir au plus tard le 30 septembre ).**

## Un dossier par enfant

Pour les nouveaux arrivants, **le Dossier Unique est à compléter** afin de pouvoir vous inscrire sur le **Portail familles**.

Vous allez, après dépôt du dossier, recevoir un mail. Vous devrez cliquer sur le lien pour activer votre compte sur le PORTAIL FAMILLES. (<https://www.mon-portail-famille.fr/acces/centre-aere-le-lac>) **Concernant l'envoi du dossier par mail :**

Vous devez IMPERATIVEMENT recevoir de notre part, une réponse vous confirmant la bonne réception du mail. Sans cette confirmation, nous ne pouvons vous assurer de la bonne réception de votre dossier.