DOSSIER ADMINISTRATIF Enfance/Jeunesse

(Destiné aux nouveaux usagers)

❶ ENFANT

☐ ALSH de 3 ans au CM2 ☐ Pôle Ados de la 6ème jusqu'à 17 ans inclus

NOM : **Prénom :** **Date de naissance :**

F ☐ **M** ☐ **Age :** **Classe :** **Lieu de scolarité :**

J'inscris mon enfant au service : (classer de 1 à … par ordre de priorité)	Type de prestation		Organisé par :
☐ ALSH Vic-le-Comte - Montcervier	☐ Mercredis	☐ Vacances	Mond'Arverne communauté
☐ ALSH Authezat – Chadieu	☐ Mercredis	☐ Vacances de juillet	Mond'Arverne communauté
☐ ALSH La Roche Blanche	☐ Mercredis	☐ Vacances	Mond'Arverne communauté
☐ ALSH Saint-Saturnin	☐ Mercredis	☐ Vacances	Mond'Arverne communauté
☐ ALSH Aydat	☐ Mercredis	☐ Vacances	Mond'Arverne communauté
☐ ALSH Saint-Georges-sur-Allier	☐ Mercredis	☐ Vacances	Mond'Arverne communauté
☐ ALSH Orcet	☐ Mercredis	☐ Vacances	FJEP ORCET
☐ ..Pôles Adolescents			Mond'Arverne communauté
☐ ..CLSH Île aux Loisirs	Matin, midi, soir		Saint-Saturnin

❷ RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable légal 1 (autorité parentale) Coordonnées de facturation	Responsable légal 2
☐ Madame ☐ Monsieur	☐ Madame ☐ Monsieur
Nom :	Nom : .....
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone - domicile :	Téléphone - domicile :
- portable :	- portable :
- bureau :	- bureau :
Date de naissance :	Date de naissance :
E-mail obligatoire :	E-mail: .. …
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Lieu de travail :	Lieu de travail :

❸ DONNEES DE FACTURATION :

La CAF et la MSA sont partenaires de nos actions et participent à leurs financements. Ce soutien permet la mise en œuvre d'une tarification adaptée aux ressources de chaque famille en fonction de son quotient familial.
En fournissant votre numéro d'allocataire CAF, vous autorisez le service à utiliser votre numéro d'allocataire CAF/MSA pour accéder à votre quotient familial et à conserver les données pour justifier des tarifs appliqués.

- **nom du parent allocataire CAF ou MSA** :
- **numéro allocataire CAF ou MSA** :

Adresse de facturation du payeur si différente :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le : .... **Enregistré le :**

❹ LES AUTORISATIONS

Je soussigné(e) **Mme/M**.....[redacted], responsable légal de l'enfant, **autorise** :

- ➔ les responsables de l'ALSH et/ou du Pôle Adolescents à prendre, le cas échéant**, toutes mesures rendues nécessaires** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
- ➔ les responsables des services ALSH et Pôles Adolescents enfance/jeunesse **à transporter mon enfant** en bus, tramway, train, minibus, lors des déplacements, si nécessaire, à l'extérieur de l'accueil de loisirs.
- ➔ les personnes suivantes **à récupérer mon enfant** (une pièce d'identité pourra leur être demandée) ou à être contactées en cas d'urgence. Seules les personnes référencées ci-dessous seront autorisées à prendre en charge les enfants. *Pour les enfants de plus de 6 ans, les personnes désignées doivent au minimum être scolarisées en 6ème*

NOM	Prénom	Lien à la famille	Numéro de téléphone	AUTORISÉ À RÉCUPÉRER L'ENFANT	AUTORISÉ À ÊTRE CONTACTÉ EN CAS D'URGENCE
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

- ➔ les responsables de l'ALSH à utiliser photographies et vidéos de mon enfant pour illustrer des articles relatifs aux activités de l'Accueil de Loisirs (articles de presse, sites communaux, expositions, etc.) : ☐ **oui** ☐ **non**
- ➔ mon enfant à quitter seul l'ALSH (CM1/CM2) selon les modalités de fonctionnement du règlement intérieur : ☐ **oui** à ..h.. le mercredi (13h30-14h ou 17h-18h30) et à ..h.. durant les vacances scolaires (17h-18h30) ☐ **non**
- ➔ mon enfant à quitter seul le Pôle Adolescents selon les modalités de fonctionnement du règlement intérieur : ☐ **oui** ☐ **non**

❺ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Votre enfant est-il en situation de Handicap : ☐ **oui** ☐ **non** Si oui, est-il pris en charge par la MDPH ? : ☐ **oui** ☐ **non**

Si oui, percevez-vous l'AEEH : ☐ **oui** ☐ **non**

NOM du Médecin Traitant : [redacted] **Tél** : [redacted]

Votre enfant porte-t-il des **lunettes, prothèses auditives ou dentaires**, etc. Précisez : .....[redacted]

❻ VACCINATIONS

Fournir obligatoirement une photocopie des pages vaccination du carnet de santé. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination

❼ ALLERGIES :

Asthme : ☐ **oui** ☐ **non** / Alimentaire : ☐ **oui** ☐ **non** / Médicamenteuse : ☐ **oui** ☐ **non** / Autres : ☐ **oui** ☐ **non**

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir (si traitement, le signaler), fournir l'ordonnance et le protocole :

[redacted]

❽ DIFFICULTES DE SANTE

Maladie, accident, hospitalisation, opération, etc. Précisez les dates et précautions à prendre :

[redacted]

L'enfant suit-il un **traitement médical** : ☐ ***oui*** ☐ **non** L'enfant a-t-il un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) : ☐ **oui** ☐ **non**

Pour un traitement médical joindre l'**ordonnance originale de moins de 3 mois** et les médicaments correspondants. (Médicaments dans leur emballage d'origine, neufs et marqués du nom de l'enfant avec la notice).*Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance et dans le cas d'un PAI fournir aussi une copie du PAI à jour.*

Je soussigné(e) [redacted] déclare exactes les informations communiquées dans le dossier administratif. Je m'engage à notifier toute modification. Cette inscription vaut acceptation selon les modalités de fonctionnement inscrites dans le règlement intérieur des structures enfance jeunesse de Mond'Arverne communauté.

Date : [redacted] **Écrire : lu et approuvé** [redacted] **Signature du représentant légal** [redacted]

Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif au traitement des données à caractère personnel, les usagers disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement des données concernant leur enfant. Ils peuvent également en demander la portabilité (en prendre connaissance en leur transférant le fichier correspondant). Ces données à caractère personnel sont traitées sur la base de leur consentement. Ils doivent pouvoir exercer leurs droits et retirer leur consentement à tout moment, en envoyant un e-mail à quichetunique@mond-arverne.fr ou au service enfance jeunesse des communes. Les données des usagers seront transmises aux services enfance jeunesse des communes d'accueils et de Mond'Arverne communauté.

FJEP ORCET : PIÈCES À FOURNIR

avec le DOSSIER ADMINISTRATIF

Pièces obligatoires

- ☐ **Le dossier administratif complété et signé**
- ☐ **Une copie des pages de vaccinations**
- ☐ **Une attestation d'assurance « Responsabilité Civile » extrascolaire en cours de validité pour les dommages causés à autrui**
- ☐ **Une attestation d'assurance « Garantie Individuelle Accident » en cours de validité pour les dommages causés à l'enfant lui-même**
- ☐ **Une attestation de votre quotient familial CAF / MSA, *ou à défaut l'avis d'imposition complet de l'année N-1 correspondant aux revenus de l'année N-2 dans les cas suivants :***

***Radiation émanant de la CAF/MSA* (fournir un justificatif)**
***Quotient familial non calculé* (fournir un justificatif)**
***Non allocataire CAF/MSA* (fournir une attestation sur l'honneur)**

Sans attestation de quotient familial CAF/MSA, et en dehors de ces exceptions (calcul des tarifs en fonction de votre avis d'imposition), le tarif le plus élevé sera appliqué.

Pièces facultatives

- ☐ *En cas de PAI : fournir une copie du protocole et de l'ordonnance à jour*
- ☐ *En cas de reconnaissance MDPH de la situation de votre enfant : fournir une copie de la notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées*
- ☐ *En cas d'aide AEEH dont vous bénéficiez pour votre enfant : fournir une copie de la notification AEEH pour justifier de l'aide spécifique Handicap*
- ☐ *En cas de garde alternée ou exclusive, fournir une copie du jugement ou tout autre document attestant les modalités de garde*