



# ALSH PÉRISCOLAIRE

## Intercommunal MALEMORT DU COMTAT

### ANNÉE SCOLAIRE 2023

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

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

Date de Naissance : --/--/-- à : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant :

Cocher la case qui correspond à votre situation :  Régime Général  Régime agricole  Régime particulier

Numéro d'allocataire **[OBLIGATOIRE]** :

Le coût de l'activité se calcule en fonction de votre quotient familial

#### RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

PARENT N°1

PARENT N°2

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone domicile : --/--/--/--

Téléphone domicile : --/--/--/--

Portable : --/--/--/--

Portable : --/--/--/--

Courriel :

Courriel :

Situation familiale des parents :

Préciser à qui doit-être adressée la facture : PARENT N°1  PARENT N°2



## AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise l'agent responsable de la collectivité à administrer à mon enfant les soins médicaux prescrits et à faire pratiquer les actes chirurgicaux nécessaires. Je m'engage, le cas échéant à rembourser sur présentation de justificatif, les frais avancés.
- J'autorise la participation de mon enfant au transport et aux activités de l'ALSH péri-scolaire, selon les conditions fixées par l'autorité organisatrice.

Autorisation de droit à l'image :

- |                                  |                                  |                                         |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|
| - Au centre de loisirs           | <input type="radio"/> J'autorise | <input type="radio"/> Je n'autorise pas |
| - Sur le site de la collectivité | <input type="radio"/> J'autorise | <input type="radio"/> Je n'autorise pas |
| - Dans la presse locale          | <input type="radio"/> J'autorise | <input type="radio"/> Je n'autorise pas |

À ....., le

Signature des responsables légaux :

Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom : tél :  
Nom/Prénom : tél :

Personnes à prévenir en cas d'accident [différentes des parents] :

Nom/Prénom : tél :  
Nom/Prénom : tél :

### PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE À LA FICHE D'INSCRIPTION

**Tout dossier incomplet ne sera pas accepté**

- Attestation d'assurance [Responsabilité Civile Individuelle Accident ou extra-scolaire].
- Attestation de quotient familial [de moins de 3 mois].
- Photocopie des pages de vaccination [pages 90 à 93] du carnet de santé.
- Fiche sanitaire complète.
- Acceptation signée du règlement de fonctionnement.
- Pour les parents séparés ou divorcés, notification de garde de l'enfant.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 et sous réserve d'en faire la demande expresse vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles, ainsi que d'un droit d'opposition et d'un droit à l'effacement des données personnelles vous concernant, que vous pouvez exercer en écrivant par mail à [enfancejeunesse@ccvs84.fr](mailto:enfancejeunesse@ccvs84.fr) ou par courrier à Monsieur le Président - CCVS - Quartier Mougne - 84390 SAULT et en joignant copie de votre pièce d'identité.

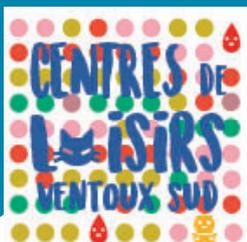
---

**Communauté de Communes Ventoux Sud**

725A route de Carpentras - ZA les Fontaynes

84570 Villes sur Auzon

Tél. 04 90 61 78 85 - [accueilvsa@ccvs84.fr](mailto:accueilvsa@ccvs84.fr)



**Année Scolaire 2023**

**TABLEAU D'INSCRIPTION :  
ALSH PÉRISCOLAIRE MERCREDI À MALEMORT DU COMTAT**

**Renseignements concernant l'ENFANT**

Nom :

Prénom :

Âge :

Classe :

INSCRIPTIONS			
	<u>Mai</u>		<u>Juin</u>
			Mercredi 07/06
	Mercredi 10/05		Mercredi 14/06
	Mercredi 17/05		Mercredi 21/06
	Mercredi 24/05		Mercredi 28/06
	Mercredi 31/05		Mercredi 05/07

Merci de cocher les jours où vous souhaitez inscrire votre enfant.

Toute inscription à l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement est due.

Concernant les absences, justifiées ou non, se référer à l'article 2 du règlement.

Fait le .....,  
À .....

Signature des responsables légaux :

**Communauté de Communes Ventoux Sud**

725A route de Carpentras - ZA les Fontaynes

84570 Villes sur Auzon

Tél. 04 90 61 78 85 - [accueilvsa@ccvs84.fr](mailto:accueilvsa@ccvs84.fr)





## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				<b>Hépatite B</b>	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente 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.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....  
.....  
.....

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :