



Centre Social de la Vallée de l'Authre
 2, place des Ecoles – 15250 NAUCELLES 04 71 47 24 10
DOSSIER FAMILLE 2020/2021

Toutes les rubriques de cet imprimé doivent être dûment remplies. A défaut, l'inscription ne sera pas prise en considération. Vous devez informer et signaler tout changement au directeur de l'ALSH.

NOM DE L'ENFANT :
PRENOM :
Date et lieu de naissance : |__| |__| |__| | à
Ecole fréquentée : **Classe :**
Téléphone des parents : __/__/__/__/__ - __/__/__/__/__

Représentant légal 1	Représentant légal 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre à préciser : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Situation matrimoniale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre Adresse : _____ _____ Code postal : _____ Ville : _____ ☎ Domicile : __/__/__/__/__/__ ☎ Portable : __/__/__/__/__/__ ☎ Travail : __/__/__/__/__/__ Profession : _____ Employeur : _____	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre à préciser : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Situation matrimoniale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre Adresse : _____ _____ Code postal : _____ Ville : _____ ☎ Domicile : __/__/__/__/__/__ ☎ Portable : __/__/__/__/__/__ ☎ Travail : __/__/__/__/__/__ Profession : _____ Employeur : _____

Adresse mail :

Régime d'Allocations familiales dont l'enfant dépend :

Régime général CAF :

Régime MSA :

Autres régimes :

N° d'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 correspondante **tournez la page svp →**
 A, le Signature(s) 1/2



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. ___/___/___/___/___/___

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"/>	

Informations médicales : PAI

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

Problème de santé particulier :

Traitement médical :

Si oui, 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

AUTORISATIONS ET DECHARGES

Je soussigné (e),, responsable légal de l'enfant

(Rayer si non autorisation)

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées de l'ALSH
- 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 photographier mon enfant
- Autorise le centre social à utiliser l'image de mon enfant pour la réalisation des plaquettes d'information de la structure.
- **Pour les enfants à partir de 6 ans, j'autorise mon enfant à quitter l'ALSH seul**
- En cas de besoin d'hospitalisation, le centre social contactera le Centre Hospitalier d'Aurillac.
- **J'ai lu et accepte le règlement et fonctionnement de l'ALSH disponible et téléchargeable sur le site**
- 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

A, le Signature(s)