



**Centre Social de la Vallée de l'Authre**  
2, place des Ecoles – 15250 NAUCELLES 04 71 47 24 10  
**DOSSIER FAMILLE ALSH 3-17 ANS 2021/2022**

*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 .....  
**Concernes les Ados :** Mail : ..... / Portable : .....  
**Etablissement scolaire fréquenté :** ..... **Classe :** .....  
**Téléphone des parents :** \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

<b>Représentant légal 1</b>	<b>Représentant légal 2</b>
<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 : .....

A ....., le ..... Signature(s)



(Fournir l'attestation d'assurance correspondante

tournez la page svp →

**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)