

Cadre réservé à l'administration

CAF MSA

QF :

Attention : tout dossier incomplet sera systématiquement refusé.



Service CENTRE DE LOISIRS DU RPC DE LA MORINIE

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS PERI ET EXTRASCOLAIRES

SEPTEMBRE 2024 à JUIN 2025

Site Périscolaire et extrascolaire : Ecole du RPC de la Morinie
2575 rue de l'abbaye 62129 SAINT AUGUSTIN

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ENFANTS INSCRITS DANS NOS SERVICES

<p>Enfant n°1 CLSH (4-12ans)</p>	<p>Nom: .. Prénom: .. Date de naissance: / / Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ecole fréquentée: . Classe: <u>Régime alimentaire ou problèmes de santé:</u> PAI <input type="checkbox"/></p>	<p>Photo récente de l'enfant Obligatoire</p>
<p>Enfant n°2 CLSH (4-12ans)</p>	<p>Nom: .. Prénom: .. Date de naissance: / / Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ecole fréquentée: . Classe: <u>Régime alimentaire ou problèmes de santé:</u> .. PAI <input type="checkbox"/></p>	<p>Photo récente de l'enfant Obligatoire</p>
<p>Enfant n°3 CLSH (4-12ans)</p>	<p>Nom: .. Prénom: .. Date de naissance: / / Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ecole fréquentée: . Classe: <u>Régime alimentaire ou problèmes de santé:</u> PAI <input type="checkbox"/></p>	<p>Photo récente de l'enfant Obligatoire</p>

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RESPONSABLES LEGAUX

<u>Représentant légal</u>	<u>Représentant légal</u>
Nom : Prénom : ... Qualité (père, mère,) : .	Nom : Prénom :
Adresse complète : .	Qualité (père, mère,) : Adresse complète :
Employeur : ..	Employeur : ..
Profession : ..	Profession : ..
Tél. portable : ..	Tél. portable :
Tél. bureau : Tél. domicile : ... Mail (<u>majuscule</u>) : .	Tél. bureau : Tél. domicile : Mail (<u>majuscule</u>) : .

Situation familiale : Pacsé(e) Concubinage Séparé(e)
 Marié(e)
 Famille d'accueil Célibataire Veuf(ve) Autre (Précisez)
 Divorcé(e)

En cas de divorce :

Quel parent dispose de la garde de(s) l'enfant(s)* ? Père Mère Autre
* **joindre un justificatif**

Pour les parents séparés 2 dossiers sont à fournir (1 dossier par parent)

RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRE CAF/MSA

Merci d'indiquer votre n° d'allocataire

Nom – Prénom de l'allocataire

N° CAFDEPARTEMENT.....

N°MSA

Merci de fournir votre attestation caf en cas de prestation MDPH

ETES VOUS BENEFICIAIRES DE L'AIDE AUX TEMPS LIBRE DE LA CAF (fournir obligatoirement la photocopie de la notification)

OUI – NON (entourer la mention)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN TRAITANT

Nom prénom Téléphone
Code postal Ville

RENSEIGNEMENTS ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

COMPAGNIE D ASSURANCE
N° D ADHERENT

JOINDRE UN JUSTIFICATIF AU NOM ET PRENOM DE L ENFANT

AUTORISATIONS SPECIALES (DEPARTS / ARRIVEES)

- J'autorise mon enfant **scolarisé au RPC** à quitter seul le service centre de loisirs sans hébergement. Je décharge le RPC et l'équipe d'encadrement de toute responsabilité.
- Je n'autorise pas mon enfant **scolarisé au RPC** à quitter seul le service centre de loisirs sans hébergement.

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)

NOM : Prénom : ..
Lien de parenté : Téléphone :

NOM : Prénom :
Lien de parenté : Téléphone :

NOM : Prénom :
Lien de parenté : Téléphone :

NOM : Prénom : ..
Lien de parenté : Téléphone :

NOM : Prénom :
Lien de parenté : Téléphone :

Attestation

Je soussigné(e) Nom

Prénom

1. Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir **avant les heures d'ouverture et après les heures de fermeture** des accueils de loisirs.

2. Autorise le responsable du site à faire intervenir les services d'urgences en cas de nécessité due à l'état de l'enfant et m'engage à payer tous les frais médicaux et pharmaceutiques incombant à la famille. Les parents seront prévenus dans les meilleurs délais.

3. Déclare exact les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et m'engage à mettre à jour tout changement de situation auprès du responsable de site ou du service facturation des accueils de loisirs.

4. Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur 2024 – 2025 et m'engage à en respecter toutes les clauses.

5. Conformément au nouveau **Règlement Général** pour la **Protection des Données**, je reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion du service Enfance-Jeunesse de la Communauté de communes à la facturation de ce service. Nous vous informons que les données vous concernant sont informatisées, elles seront traitées de façon confidentielle. Seules les personnes habilitées de notre collectivité pourront accéder à vos données à des fins strictement internes. Elles pourront être communiquées ponctuellement aux tiers autorisés par la Loi.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à nos services. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

AUTORISATION PHOTO

J'autorise mon ou mes enfant(s) à être pris en photo et que celles-ci soient utilisées sur n'importe quels supports

Je n'autorise pas mon ou mes enfant(s) à être pris en photo et que celles-ci soient utilisées quelques soient quels supports

Fait à le

Signature du responsable légal 1 :

Date :

Signature du responsable légal 2 :

Signature obligatoire :