



PHOTO  
Récente  
et  
Obligatoire

- ALSH Août :  Maternelle (3-5ans)  Élémentaire (6-15 ans)  
 Du 7 au 11 août  Du 14 au 18 août(4 jours)  Du 21 au 25 août  Le 28 août  Le 29 août  
 ALSH Salamandre  ALSH Pasteur

SERVICE JEUNESSE

[j.davion@ville-longuenesse.fr](mailto:j.davion@ville-longuenesse.fr)  
03.91.92.47.20

Les inscriptions se feront en fonction des places disponibles.

**DOCUMENTS A PRESENTER IMPÉRATIVEMENT (Pour l'inscription définitive du mineur).**

Attestation de paiement CAF (mois précédent l'inscription)

Attestation de droit ATL 2023 (si vous êtes bénéficiaire)

Photocopies de la carte mutuelle en cours de validité et de la sécurité sociale

Photocopie de l'attestation d'assurance en cours de validité (Responsabilité Civile)

**Fiche d'inscription et fiche sanitaire de liaison complétées (avec attestation du Médecin Traitant et attestation des parents)**

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE MINEUR

Nom, prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... Âge le jour de l'inscription : .....

*(Pour les enfants de 10ans et plus, merci de fournir la photocopie de sa carte d'identité en cours de validité. Une sortie en Belgique sera peut-être organisée sous réserve que tous les enfants ont fourni le document.)*

Adresse de résidence de l'enfant : .....

Établissement scolaire fréquenté : .....

Le mineur est-il reconnu par la maison du handicap (MDPH) :  OUI  NON

Concernant les repas, votre mineur suit-il un régime alimentaire spécifique :  NON  Sans porc  Végétarien

Le mineur bénéficie-t-il d'une couverture maladie universelle (Complémentaire Santé Solidaire) :  OUI  NON

N° de sécurité sociale : ..... Caisse de : .....

Assurance responsabilité-dommages corporels-rapatriement : Nom et adresse de la compagnie .....

Téléphone : ..... Numéro d'assurance responsabilité civile : .....

Mutuelle nom et adresse : ..... N° d'affiliation : .....

L'enfant sait-il nager :  OUI  NON *(joindre si possible une photocopie du brevet de natation)*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

	<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre
NOM PRÉNOM :		
ADRESSE :		
ADRESSE MAIL :		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :		
NUMÉRO DE PORTABLE :		
NUMÉRO DU TRAVAIL :		
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :		
COMPTE FACEBOOK(nom du compte) :		

En cas de séparation ou de divorce, quel parent à la résidence principale du mineur :  mère  père  
L'autre parent, est-il autorisé à récupérer l'enfant ?  Oui  Non (Si réponse non, joindre la photocopie du jugement)

Rappel:en vertu de l'article 372-2 du code civil, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale.

Cadre réservé à l'administration : ne pas remplir

- QF  
 0-450€  451-617€  618-800€  801-1000€  1001-1200€  1201-1400€  1401-1600€  +1600€

**ATTESTATION MEDICALE (à faire remplir par votre médecin traitant)**

Je soussigné(e), Docteur....., au vu du carnet de santé et suite à l'examen clinique, atteste que l'enfant

**(NOM)** ..... **(Prénom)** ..... **né(e) le** .....

- est à jour des vaccinations actuellement obligatoires
- ne présente aucun contre-indication à la pratique de diverses activités physique et sportives en accueil de loisirs.
- présente une allergie aux médicaments ou aux denrées alimentaires ci-après ( Merci d'indiquer si nécessité d'un Protocole d'Accueil Individualisé)
- doit suivre actuellement le traitement médical suivant (joindre une ordonnance si prise de médicaments pendant l'ALSH)

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du praticien

**ATTESTATION PARENTALE (à remplir par le responsable légal de l'enfant)**

**Je soussigné(e),** ..... **responsable légal**  
**de l'enfant (NOM)** ..... **(Prénom)** .....

- porte à la connaissance du Directeur / de la Directrice les renseignements complémentaires concernant mon enfant et pouvant aider à sa prise en charge dans le cadre de l'ALSH: troubles divers, suivi éducatif ou autre, comportement, lunettes, régime alimentaire, autres... (renseignements pouvant être communiqués sous enveloppe cachetée)
- autorise le Directeur / la Directrice à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (premiers soins d'urgence, appel des secours, visite du médecin ou hospitalisation, transport, traitements médicaux...)

Fait à ....., le .....

Signature du responsable légal du mineur

**CESSION DE DROIT A L'IMAGE (indispensable pour avoir des souvenirs de la session de votre enfant )**

*Ceci est l'autorisation de photographier et filmer votre enfant lors des activités et d'utiliser les prises de vues principalement à des fins d'information et de promotion (développement éventuel de photos, réalisation d'une affiche, parution dans le journal local, parution sur le site internet ou compte Facebook de la ville de Longuenesse)*

Le représentant légal autorise expressément la ville de LONGUENESSE à réaliser, conserver, divulguer, publier, diffuser ou exploiter les prises de vue de son enfant, effectuées. Ces prises de vue pourront être utilisées par la ville de LONGUENESSE dans leur intégralité ou par extrait, telles quelles ou modifiées pendant une durée de 5 années à compter de la signature de la présente.

Cette cession se fait sans contrepartie financière.

**Je soussigné(e)** (Nom et Prénom du responsable légal,.....) **autorise la ville de LONGUENESSE à réaliser, diffuser et publier les prises de vue de mon enfant .**

(Nom / Prénom) : .....

Date et signature du responsable légal

**AUTORISATION RGPD**

Je soussigné(e)..... autorise le service jeunesse la ville de LONGUENESSE à traiter les données de ce formulaire afin de créer, modifier le dossier de mon enfant et gérer son inscription.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par la ville de LONGUENESSE dans un fichier informatisé.

Elles sont conservées pendant 6 ans et sont destinées aux services administratifs notamment lors de contrôles.

Conformément à la loi "Informatique et libertés", vous pouvez exercer votre droit d'accès à vos données et les faire rectifier.

A ..... le .....

Signature du responsable légal du mineur