



INSCRIPTION 2024  
ALSH « LES FRIMOUSES »

**INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE QUI INSCRIT LE (LES) ENFANT(S) - Responsable 1**

Mr  Mme Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Adresse\* : .....

Code Postal\* : ..... Ville\* : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable\* : .....

Courriel\* : .....@.....

Régime\* :  Général CAF  Régime MSA  Autre (Préciser) : .....

N° Allocataire \* (Obligatoire) : ..... Allocataire :  Père  Mère

**INFORMATIONS CONCERNANT LE FOYER**

**RESPONSABLE 1 \*  Responsable Legal**

Mr  Mme Nom : .....  
Prénom : .....  
Nom de jeune Fille : .....  
Téléphone portable : .....  
.....@.....

Célibataire  Vie Maritale  Pacsé

Marié  Séparé  Divorcé  Veuf

Date de naissance : .....  
N° Sécu .....  
Profession/Activité : .....  
Nom de l'Employeur : .....  
Adresse Employeur : .....  
.....  
Téléphone travail : .....

**RESPONSABLE 2 \*  Responsable Legal**

Mr  Mme Nom : .....  
Prénom : .....  
Nom de jeune Fille : .....  
Téléphone portable : .....  
.....@.....

Célibataire  Vie Maritale  Pacsé  Marié  Séparé  Divorcé  Veuf

Date de naissance : .....  
N° Sécu .....  
Profession/Activité : .....  
Nom de l'Employeur : .....  
Adresse Employeur : .....  
.....  
Téléphone travail : .....

**RESPONSABLE 3 : Père ou Mère de(s) enfant(s) (en cas de séparation) ou tuteur \*  Responsable Legal**

Mr  Mme Nom : .....  
Prénom : .....  
Nom de jeune Fille : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone portable : .....  
.....@.....

Date de naissance : .....  
N° Sécu .....  
Profession/Activité : .....  
Nom de l'Employeur : .....  
Adresse Employeur : .....  
.....  
Téléphone travail : .....

- Ce dossier doit être complété, daté et signé avec 1 fiche par enfant,  
 Les champs signalés d'un \* sont à remplir obligatoirement,  
 Vous trouverez le règlement et les tarifs dans les documents joints au dossier d'inscription.



**FICHE ENFANT**  
*Une fiche par enfant*

**INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Né(e) le : ..... à ..... Département : .....  
 Sexe :  Masculin  Féminin  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Commune : .....

**SCOLARITE DE L'ENFANT**

École : ..... Commune : .....  
 L'enfant fréquentera-t-il l'accueil périscolaire ?  Le Matin  Le Soir  Les deux

**REPAS SPECIAUX DE L'ENFANT**

Non  Sans porc  Sans poisson  Végétarien  Autres : .....  
 Précisions : .....

**INFORMATION CONCERNANT LE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

M  Mme Nom : ..... Prénom : .....  
 Mutuelle : ..... CMU :  oui  non (Si oui, joindre une attestation)

**INFORMATIONS SANITAIRES DE L'ENFANT**

<b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Asthmes <input type="checkbox"/> Médicamenteuses Autre(s) allergie(s) : ..... ..... .....	<b>Traitement médical</b> <input type="checkbox"/> <b>PAI</b> <input type="checkbox"/> Précisez : ..... ..... .....
<b>Recommandations utiles</b> : ..... ..... .....	<b>Difficultés de santé</b> : ..... ..... .....

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

VACCINS OBLIGATOIRE EN COLLECTIVITE				VACCINS RECOMMANDES			
Nom	Oui	Non	Dernier rappel	Nom	Oui	Non	Dernier rappel
Diphtérie				R.O.R			
Tétanos				Coqueluche			
Poliomyélite				Hépatite B			
D.T.P.				B.C.G			
				Autres :			

**Maladies contagieuses déjà contractées : Précisez la date**  
 Rougeole .../.../...  Coqueluche .../.../...  Varicelle .../.../...  Rubéole .../.../...  Scarlatine .../.../...  
 Oreillons .../.../...  COVID-19 .../.../...  Autres (à préciser)

*Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, accepte les règles de fonctionnement de l'ALSH, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsable à prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire par l'état de santé de l'enfant (traitement médical en cas de PAI, hospitalisation, intervention chirurgicale).*

*Je m'engage en outre à signaler sans délai tout changement relatif à ces informations.*  
 Fait le : ..... Signature : .....



**INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS DU FOYER**

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Sexe :  Masculin  Féminin  
Lien de parenté avec le Parent 1 : ..... Préciser si nécessaire (par default père/mère)  
avec le Parent 2 : ..... avec le Parent 3 : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Sexe :  Masculin  Féminin  
Lien de parenté avec le Parent 1 : ..... Préciser si nécessaire (par default père/mère)  
avec le Parent 2 : ..... avec le Parent 3 : .....

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Sexe :  Masculin  Féminin  
Lien de parenté avec le Parent 1 : ..... Préciser si nécessaire (par default père/mère)  
avec le Parent 2 : ..... avec le Parent 3 : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS DU FOYER**

Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : ..... Lien de parenté : .....  Autorisée  Interdite

Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : ..... Lien de parenté : .....  Autorisée  Interdite

Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : ..... Lien de parenté : .....  Autorisée  Interdite

Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : ..... Lien de parenté : .....  Autorisée  Interdite

Nom : ..... Prénom : .....  
Téléphone : ..... Lien de parenté : .....  Autorisée  Interdite

*NB : Pour les autorisations non permanentes, nous vous invitons à fournir une autorisation écrite.  
Pour les personnes interdites, il convient de fournir un justificatif (jugement, ordonnance pénale, etc...)*

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Autorise le personnel à sortir (les) enfant(s) de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise le personnel à photographier ou filmer (les) l'enfant(s) dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'ALSH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise le personnel et la direction à prendre toutes les mesures d'urgences en cas d'accident (des) de l'enfant(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise le personnel à administrer à (aux) l'enfant(s) les éventuelles médications prescrites dans le cadre d'un PAI	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autorise le personnel à transporter ou faire transporter (les) enfant(s) en cas de sorties ou de navette	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



ALSH LES FRIMOUSES D'ARNIERES SUR ITON  
1 BIS Rue Aristide Briand – 27180 ARNIERES SUR ITON

Protections des données personnelles :

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie d'Arnières sur iton, rue Aristide Briand 27180 Arnières sur iton, pour assurer la facturation ainsi que la possibilité de contacter les parents en cas d'accident, d'incident lors de la présence du (des) enfant(s) à l'ALSH.*

*Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : **Secrétariat de la mairie, Direction de l'ALSH, le Maire, et adjoint en charge des affaires scolaires et périscolaires.***

*Les données sont conservées pendant la durée de l'année scolaire 2023-2024.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.*

*Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*



ALSH LES FRIMOUSES D'ARNIERES SUR ITON  
1 BIS Rue Aristide Briand – 27180 ARNIERES SUR ITON

**ALSH – LES FRIMOUSES**  
**FICHE DE RESRVATION**  
*Une fiche par enfant*

**Il est indispensable de remplir un dossier famille**

---

*Attention ! Une réservation ne vaut pas inscription. Une confirmation vous sera envoyée par mail.  
L'inscription sera prise en compte sous réserve de place disponible.  
Toute feuille signée vaut acceptation des règles de fonctionnement.*

---

Nom et Prénom du responsable légal : .....

Téléphone : .....

Nom et Prénom de l'enfant : ..... Date de naissance : ..... Age : .....

Adresse Mail : .....@.....

Inscription jusqu'au	Jours D'ouverture	Journée complète	MATIN		APRES MIDI	
			Avec Repas	Sans Repas	Avec Repas	Sans Repas
<b>Jeudi 21 décembre</b>	Lundi 1 <sup>er</sup> janvier	<b>FERIE</b>				
	Mardi 2 janvier					
	Mercredi 3 janvier					
	Jeudi 4 janvier					
	Vendredi 5 janvier					

Je souigné (e), ....., reconnais avoir pris connaissance des modalités définies dans les règles de fonctionnement de l'accueil de Loisirs, et m'engage à les respecter.

Date : .....

Signature :