



# FICHE D'INSCRIPTION ALSH ADO Monflanquin

## DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Attestation d'Assurance** (comprenant la mention Activités Périscolaires et/ou Extrascolaires)
- Fiche Sanitaire de Liaison** (disponible en téléchargement) + **Vaccinations** (Carnet de Santé)  
+ Suivant la situation de l'Ado : PAI et/ou Ordonnance en cas de traitement médical en cours

### INFORMATIONS « FAMILLE »

Nom d'usage : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone (domicile) : .....

Je remplis ce dossier en tant que « Famille d'Accueil » du (ou des) Jeune(s) ci-dessous

**Contact (1)** :  Mère  Père  .....

**Contact (2)** :  Mère  Père  .....

N° Portable : ..... N° Portable : .....

Mail : ..... Mail : .....

### JEUNE #1

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

N° Portable : .....

Mail : .....

Etablissement Scolaire : .....

Informations (Allergies, Asthme, Régime alimentaire, Addictions,...):  
.....  
.....  
.....

### JEUNE #2

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

N° Portable : .....

Mail : .....

Etablissement Scolaire : .....

Informations (Allergies, Asthme, Régime alimentaire, Addictions,...):  
.....  
.....  
.....

### JEUNE #3

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

N° Portable : .....

Mail : .....

Etablissement Scolaire : .....

Informations (Allergies, Asthme, Régime alimentaire, Addictions,...):  
.....  
.....  
.....

### JEUNE #4

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

N° Portable : .....

Mail : .....

Etablissement Scolaire : .....

Informations (Allergies, Asthme, Régime alimentaire, Addictions,...):  
.....  
.....  
.....



### MÉDECIN TRAITANT

Nom / Prénom : .....  
 Ville : ..... Téléphone : .....

### INFORMATIONS PARENTALES

<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
NOM : .....	NOM : .....
PRENOM : .....	PRENOM : .....
Situation familiale : .....	Situation familiale : .....
Adresse (si différente) : .....	Adresse (si différente) : .....
Profession : .....	Profession : .....
Lieu : .....	Lieu : .....
Tél travail : .....	Tél travail : .....

### DÉPLACEMENTS

Moyens de transport individuel	Personne(s) non autorisée(s)
Votre (vos) enfant(s) peut (peuvent) se rendre et partir des lieux d'accueil de l'ALSH Ado : <input type="checkbox"/> en vélo/skate/autre : ..... <input type="checkbox"/> en scooter/moto/ autre : ..... Remarque : .....	NOM : ..... PRENOM : ..... Lien : ..... <p style="text-align: center; color: red;"><b>Fournir document officiel</b> (copie de l'ordonnance de restriction ou jugement,...)</p>

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

<b>Régime d'appartenance</b> <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre : ..... (SNCF, EDF/GDF, RATP, ...)	<b>Allocataire / Responsable du dossier</b> (CAF/MSA/Autre) NOM : ..... Numéro : .....
---	--

*Pour les Familles d'Accueil : merci de contacter l'Accueil de Loisirs pour les informations de facturation*

Je soussigné(e), .....,

- › déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- › m'engage à signaler toute modification des informations renseignées sur cette fiche,
- › accepte sans réserve le Règlement Intérieur\* de la structure,
- › autorise le(s) responsable(s) de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation)

Le ..... à .....

Signature

\*Disponible sur place ainsi que sur le site internet ; suivant le programme, le Jeune peut être amené :  
 - à participer à l'ensemble des activités (suivant le programme)  
 - à partir seul depuis les lieux d'accueil  
 - à mener des projets ponctuels sans animateur et sous conditions (portable en état d'utilisation, par groupe de 3 ou +)  
 - à figurer sur les supports de communication de l'ALSH Ado après autorisation et précision de diffusion

Les informations recueillies sur ce formulaire sont traitées par la Communauté de Communes Bastides en Haut Agenais Périgord pour la gestion des inscriptions aux Accueils de Loisirs Périscolaires et aux Accueils de Loisirs Sans Hébergement. La base légale du traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : les agents ayant un intérêt légitime à avoir communication de ces informations dans le cadre de leurs missions, leurs supérieurs hiérarchiques. Les données sont conservées sans limitation de durée.  
 Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à : [dpo@cdg47.fr](mailto:dpo@cdg47.fr) /05.53.48.00.70/ CDGFPT du Lot-et-Garonne, 53 rue de Cartou, 47000 Agen. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.