



INSCRIPTION ALSH printemps 2019 Intercommunal

Photo

Renseignements concernant l'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____ Sexe : F M

Adresse : _____

Date de Naissance : --/--/---- à : _____ Classe : _____

Numéro d'allocataire CAF ou MSA (**obligatoire**) : _____

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant :

Régime Général MSA Autres

INSCRIPTIONS SOUHAITÉES
validées le jour de l'inscription sous réserve des places disponibles

Lundi 08	Mardi 09	Mercredi 10	Jeudi 11	Vendredi 12
Lundi 15	Mardi 16	Mercredi 17	Jeudi 18	Vendredi 19

Le calcul du coût de l'activité est en fonction de votre quotient familial.

La carte temps libre et les chèques vacances A.N.C.V sont acceptés.

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

PÈRE

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : --/--/--/--/--

Portable : --/--/--/--/--

Courriel : _____

Téléphone professionnel : --/--/--/--/--

MÈRE

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : --/--/--/--/--

Portable : --/--/--/--/--

Courriel : _____

Téléphone professionnel : --/--/--/--/--

Situation familiale des parents : marié concubin célibataire divorcé séparé veuf

Préciser à qui doit-être adressée la facture : _____



AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise la Direction du centre à administrer à mon enfant les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires et m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par le centre.
- J'autorise la participation de mon enfant et son transport aux activités de l'ALSH sous les conditions fixées par l'autorité organisatrice.
- Autorisation de droit à l'image : j'autorise Je n'autorise pas

A Villes sur Auzon _____, le _____ Signature des responsables légaux :

Nom des personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom : _____ tél. : _____

Nom/Prénom : _____ tél. : _____

Nom/Prénom : _____ tél. : _____

Personne à prévenir en cas d'accident _____ :

Nom/Prénom : _____ tél. : _____

PIECES OBLIGATOIRES À JOINDRE A LA FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté

- Attestation d'assurance (Responsabilité Civile Individuelle Accident).
- Attestation de quotient familial CAF OU MSA
- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé.
- Fiche sanitaire complète.
- 1 photo (format identité)
- Copie du jugement de divorce, si parents séparés
- Acceptation signée du règlement de fonctionnement.

**Pour tout renseignement, contacter le service Enfance/Jeunesse Ventoux Sud
Tél : 04 90 61 78 85 | alshvilles@ccvs84.fr**

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 et sous réserve d'en faire la demande expresse vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles, ainsi que d'un droit d'opposition et d'un droit à l'effacement des données personnelles vous concernant, que vous pouvez exercer en écrivant par mail à enfancejeunesse@ccvs84.fr ou par courrier à Monsieur le Président – CCVS – Quartier Mougne – 84390 SAULT et en joignant copie de votre pièce d'identité.