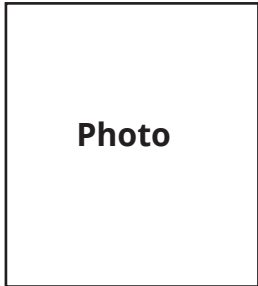




# INSCRIPTION ALSH printemps 2019 Intercommunal



## 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 08/04	Mardi 09/04	Mercredi 10/04	Jeudi 11/04	Vendredi 12/04
Lundi 15/04	Mardi 16/04	Mercredi 17/04	Jeudi 18/04	Vendredi 19/04

**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

à \_\_\_\_\_, 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 : 04.90.64.04.68 | [alshsault@ccvs84.fr](mailto:alshsault@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](mailto:enfancejeunesse@ccvs84.fr) ou par courrier à Monsieur le Président - CCVS - Quartier Mougne - 84390 SAULT et en joignant copie de votre pièce d'identité.