

DOSSIER ADMINISTRATIF

ACCUEILS DE LOISIRS VILLE D'ORLEANS

ANNEE 2015-2016

Dossier valable de septembre à août

Direction de l'Education
Service Accueils de Loisirs
Place de l'Etape – Hôtel Groslot
45040 ORLEANS CEDEX 1

☎ : 02.38.79.29.73
☎ : 02.38.79.29.77
Fax : 02.38.79.20.17
✉ : alsh@ville-orleans.fr
🌐 : www.orleans.fr

NOM DE FAMILLE :

Nom(s) de l'enfant	Prénom(s)	Ecole	Classe

Photocopie des Pièces obligatoires à joindre au dossier d'inscription

(tout dossier incomplet ne sera pas accepté) :

- Justificatif de domicile
- Vaccins (DTP et rappel DTP)
- Contrat de travail, bulletins de salaire
- Attestation Assurance extra scolaire ou Responsabilité Civile
- Attestation formation ou pôle emploi.
- Copie du jugement de divorce ou de séparation pour les parents divorcés ou séparés
- Bons Vacances – MSA

Partie réservée au service

N° famille :

Dossier reçu le :/...../.....

Dossier saisi le :/...../.....

Secteur scolaire :
Commission du :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER OÙ VIT (VIVENT) L'(LES)ENFANT(S)

RESPONSABLE N°1

Nom
Prénom

Situation de famille : marié divorcé célibataire
 vie maritale pacsé veuf séparé

Adresse
.....

Fixe.....Mobile.....
Courriel.....@.....

Situation professionnelle

Salarié Alloc. RSA Etudiant
 Retraité Demandeur d'emploi
 autre

Employeur
.....

Caf N°..... Loiret MSA Autre

Lien avec l'enfant : Mère Père
 Belle-mère Beau-père
 autre à préciser.....

Payeur : Autorité parentale

CONJOINT

Nom
Prénom

Situation de famille : marié divorcé célibataire
 vie maritale pacsé veuf séparé

Adresse
.....

Fixe.....Mobile.....
Courriel.....@.....

Situation professionnelle

Salarié Alloc. RSA Etudiant
 Retraité Demandeur d'emploi
 autre

Employeur
.....

Caf N°..... Loiret MSA Autre

Lien avec l'enfant : Mère Père
 Belle-mère Beau-père
 autre à préciser.....

Payeur : Autorité parentale

RESPONSABLE N°2 (si différent du conjoint ou séparation)

Nom
Prénom

Situation de famille : marié divorcé célibataire
 vie maritale pacsé veuf séparé

Adresse
.....

Fixe.....Mobile.....
Courriel.....@.....

Situation professionnelle

Salarié Alloc. RSA Etudiant
 Retraité Demandeur d'emploi
 autre

Employeur
.....

Caf N°..... Loiret MSA Autre

Lien avec l'enfant : Mère Père Belle-mère
 Beau-père autre à préciser.....

Payeur : Autorité parentale

AUTRES RENSEIGNEMENTS

ASSURANCE (obligatoire) :

L'enfant doit être couvert par une assurance extra scolaire ou responsabilité civile du foyer en cours de validité.

Compagnie.....

N° de police d'assurance.....

Date de fin de validité /..... /...../

Autre

Médecin traitant de la famille ou pédiatre :

NomPrénom.....

.....
Adresse.....

.....Autre.....

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'(LES) ENFANT (S) A INSCRIRE

ENFANT 1

NOM	PRENOM	NAISSANCE
ALLERGIES (1)	RESTRICTIONS ALIMENTAIRES	RAPPEL DTP

ENFANT 2

NOM	PRENOM	NAISSANCE
ALLERGIES (1)	RESTRICTIONS ALIMENTAIRES	RAPPEL DTP

ENFANT 3

NOM	PRENOM	NAISSANCE
ALLERGIES (1)	RESTRICTIONS ALIMENTAIRES	RAPPEL DTP

PERSONNES DE + 16 ANS AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'(LES) ENFANT(S)

Autre que les parents (Merci de vous assurer de la fiabilité de ces contacts)

NOM - PRENOM	LIEN / L'ENFANT	☎ MOBILE ou FIXE	A PREVENIR SI URGENCE

AUTORISATIONS

- A être filmé et photographié
- A participer aux activités extérieurs
- A être transporté en car
- A être transporté par les pompiers ou le SAMU en cas d'urgence
- A faire pratiquer toute intervention d'urgence

En cas d'urgence la famille est immédiatement avertie par nos soins

Attention :

Les parents, même séparés, sont supposés exercer conjointement l'autorité parentale. En cas de séparation des parents, les deux parents sont donc indiqués comme étant à prévenir en cas d'urgence et autorisés à venir chercher l'enfant. En cas de droit de garde restreint, la restriction devra être clairement exprimée, et justifiée par la photocopie du jugement

(1) En cas de traitement médical, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).

Observation de la famille :

.....

.....

Je soussigné(e) Monsieur, Madame,.....
..... Mère Père Tuteur*

Certifie l'exactitude des renseignements complétés par nos soins dans ce dossier et **avoir pris connaissance du règlement des Accueils de Loisirs (cf. site de la ville www.orleans.fr)**. Je m'engage à signaler par écrit tout changement de situation à l'Espace Famille de la ville d'Orléans.

Conformément à la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, le droit d'accès, de modification ou de suppression peut s'exercer auprès de la Direction de l'Education. Les informations ci-dessus recueillies font l'objet d'un traitement informatique déclaré et validé par la CNIL et peuvent être transmises aux partenaires de la ville dans le cadre de la gestion des activités. Ne sont transmises dans ce cas que les informations strictement nécessaires au traitement des activités concernées.

*joindre la copie du document attestant de la qualité

Orléans le

Signature obligatoire :