



# FICHE D'INSCRIPTION UNIQUE - 2024/2025

ACCUEILS DE LOISIRS : A.L.P / A.L.S.H et Restauration scolaire



## Renseignements concernant l'enfant

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

NE(E) LE : \_\_\_\_\_

M  F

## Régime alimentaire

Sans porc

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) (1)

En cas de P.A.I alimentaire, un panier repas devra être fourni par la famille.

### ALP

### ALSH - CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

#### Scolarité :

Publique  Privée

École : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Septembre 2024 à Juin 2025 : \_\_\_\_\_

Été 2025 : \_\_\_\_\_

#### Quotient familial :

Date : .....

#### Points navettes :

Centre ville  Île de Thau

## Parents ou représentants légaux

### Parent prioritaire à prévenir entre 7h45 et 18h15 - Téléphone obligatoire :

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### PARENT 1

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

N°tél du lieu de travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

#### PARENT 2

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

N°tél du lieu de travail: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Autorité parentale :  exclusive  conjointe

Si garde alternée : 2 dossiers d'inscription à remplir - Préciser les semaines :  paires  impaires

La mairie de Sète et la Caisse d'Allocations Familiales de l'Hérault, ont signé une convention de service pour la consultation des revenus enregistrés par l'intermédiaire du service télématique sécurisé et dénommé Compte Partenaire CAF.

En cas de réponse positive, votre numéro CAF est indispensable.

En cas de réponse négative, vous devrez fournir le dernier avis d'imposition ou les 3 derniers bulletins de salaire et dernière notification CAF.

J'autorise  Je n'autorise pas

N° S. Sociale (rattachement enfant) : \_\_\_\_\_ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance péri et extra-scolaire : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

## Autres personnes à contacter en cas d'urgence ou désignées pour venir chercher l'enfant

Mme ou M. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mme ou M. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mme ou M. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mme ou M. : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

En cas de changement de numéro de téléphone en cours d'année, merci d'en informer la Direction de l'Éducation.

## Renseignements sanitaires

Votre enfant suit-il un traitement médical ou souffre-t-il d'allergies médicamenteuses ? (Asthme, crises convulsives, allergies, autres) (1)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <small>Si réponse positive, un P.A.I est obligatoire</small>	Préciser :
Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH en cours ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :
Votre enfant est-il appareillé ? (Auditif, Dentaire, Lunettes)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

Observations particulières :

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**(1)IMPORTANT : Si votre enfant a des contre-indications médicales ou alimentaires, un Projet d'Accueil Individualisé devra être établi en lien avec l'école dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur relatives à « l'accueil des enfants atteints de troubles de la santé et d'allergie ou d'intolérance alimentaire ».**

## Autorisations

AUTORISE mon enfant à participer aux sorties et activités extérieures organisées par les accueils de loisirs périscolaires et extra-scolaires.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
AUTORISE le transport de mon enfant en minibus ou véhicules appartenant à la municipalité ou prestataires.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
AUTORISE la ville de Sète à photographier et/ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités extra-scolaires, ainsi qu'à diffuser son image dans les supports suivants : site internet officiel, pages Facebook et Instagram officielles, journaux, bilans d'activités de la ville de Sète.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
AUTORISE mon enfant à participer aux baignades.	Plage : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Piscine : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**AUTORISE le directeur de l'Accueil de Loisirs ALP/ALSH à prendre toutes mesures qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de « soins urgents » .**

J'autorise le traitement de mes données personnelles dans le cadre de l'inscription de mon enfant, Je reconnais que les informations recueillies par la direction de l'éducation et de la jeunesse feront l'objet d'un traitement informatique destiné au logiciel de gestion des services péri et extrascolaires. Je reconnais avoir volontairement donné ces informations et que mon éventuel refus n'aurait aucune sanction à mon encontre, Ces données personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour réaliser les traitements indiqués ci-dessus telles que se conformer aux obligations légales, résoudre les éventuels litiges.

Conformément à la loi « informatique et libertés » et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rétractation aux informations qui vous concernent, Vous bénéficiez également de la possibilité d'effectuer une réclamation auprès de la CNIL par courrier postal au 3 Place de Fonteney-TSA 80715-75334 paris cedex 07 ou en vous rendant sur le site <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>.

Je soussigné(e) (Nom et Prénom), \_\_\_\_\_  
 Agissant en qualité de  Père  Mère  Responsable légal de l'enfant

**Déclare** avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils de Loisirs ALP/ALSH disponible sur le portail famille ou en format papier, et **m'engage à le respecter.**

**Atteste** l'exactitude des renseignements portés dans le présent formulaire et m'engage à signaler tout changement éventuel à la Direction de l'Éducation de l'Enfance et de la Jeunesse.

Fait à ..... Le.....

Signature (OBLIGATOIRE)