



Maison pour Tous du Valy-Hir: 2017-2018

Cadre destiné à l'administration

- ALSH 4 Moulins ALSH Kervallan N° F.O.L:
 Accueil périscolaire Quéliverzan Maternelle
 Accueil périscolaire Quéliverzan Primaire
 Aide aux devoirs Valy-Hir
 Séjour
 Jeunes Valy-Hir Jeunes Quéliverzan Jeunes Kervallan

Pièces à fournir :

- Le justificatif du Quotient familial CAF (voir détail),
- Un certificat d'aptitude aux activités physiques et sportives.

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : _____ Age : _____
 Fille Garçon N° Téléphone Portable : _____

Représentant légal : Père Mère Les deux Autre

Si autre, merci de préciser :

NOM et Prénom :

Adresse de facturation :

Téléphone : _____ Portable : _____

Facturation à adresser à : Père Mère Les deux

NOM du Père : _____ Prénom du père : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ E-mail : _____	NOM de la Mère : _____ Prénom de la mère : _____ Adresse (si différente) : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ E-mail : _____
Profession : _____ Employeur et N° de téléphone : _____	Profession : _____ Employeur et N° de téléphone : _____

Allocataire : C.A.F. N° allocataire (obligatoire).....

M.S.A. Autres (à préciser)

Ecole de l'enfant : Classe :

Quotient familial de la CAF

Les tarifs de l'accueil de loisirs s'appuient sur le quotient familial établi par la CAF (Sans connaissance de votre quotient familial le tarif appliqué sera le plus élevé) ;

La CAF, dans le cadre d'une convention qui a reçu l'agrément de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.), permet à la MPT d'accéder sur internet à cette information

Nous utiliserons ce service sauf opposition écrite de votre part (merci de le signaler à l'inscription).

Connecthys

J'autorise la Maison Pour Tous du Valy Hir à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion. Fichier de données déclaré à la CNIL sous le numéro 2094796 v 0. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent, que je peux exercer en m'adressant à la MPT ;

J'autorise la Maison Pour Tous du Valy Hir à créer mon espace personnel sur le Portail Famille en ligne.

Je demande la désactivation de mon espace personnel en ligne.

Autorisation parentale de diffusion des photos :

Mr ou Mme..... **Autorise** **N'autorise pas**

La Maison Pour Tous du Valy-Hir à diffuser les photographies et / ou vidéo de mon enfant prises dans le cadre des activités de l'Accueil de Loisirs.

Ces photos ou vidéo pourront être diffusées dans la presse (Télégramme, Ouest France, Sillage...), sur le site internet, mais aussi dans les locaux de la structure.

Vous êtes priés d'accompagner votre enfant jusqu'à la salle d'activité.

Nous recommandons aux familles de souscrire un contrat d'assurance « Responsabilité Civile et individuelle accident » de façon à garantir une prise en charge de tout incident qui surviendrait pendant les activités de l'ALSH. L227-5 code de l'action sociale et de la famille.

Autorisation de départ de l'enfant avec un tiers

Je, soussigné (e) :

Déclare autoriser M. Mme ou Melle :

.....

.....

Téléphone :

.....

A venir chercher mon enfant :

Date :

Signature :

Souhaitez-vous recevoir par mail :

- le programme des activités enfants et jeunes
- les programmes des animations et fêtes
- les informations statutaires (conseil d'administration, assemblée générale)
- votre facture

E-mail :

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

NOM et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Age :

VACCINATIONS : à défaut d'une attestation médicale des vaccins à jour.

VACCINS	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
BCG				Hépatite B	
tétra coq				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
DT Polio				Coqueluche	
Diphthérie				Autres (préciser)	
Tétanos					
Poliomyélite					

Renseignements médicaux :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	Rubéole	varicelle	angine	rhumatisme	scarlatine	coqueluche	otite	rougeole	oreillons
Oui									
non									

Régime alimentaire : Repas sans porc Repas végétarien

Allergies : asthme : oui non

Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non

autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Votre enfants= porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, auditives...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

En cas d'urgence :

Personne à prévenir :

Père : tel..... Mère : tel.....

Autre : nom, prénom, tel.....

Médecin traitant:

NOM, adresse et téléphone :

.....

Les responsables peuvent-ils appeler le médecin le plus proche en cas d'absence du médecin de famille ?

En cas d'extrême urgence l'enfant sera hospitalisé à : L'hôpital Morvan oui non

Si non, précisez le lieu souhaité :.....

Je soussigné,..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :