



# Maison pour Tous du Valy-Hir: 2021-2022

**Cocher la ou les cases concernées :**

**N° F.O.L:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ALSH 4 Moulins                              | <input type="checkbox"/> ALSH Kervallan     | <input type="checkbox"/> Séjour           |
| <input type="checkbox"/> Jeunes Valy-Hir                             | <input type="checkbox"/> Jeunes Quéliverzan | <input type="checkbox"/> Jeunes Kervallan |
| <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire Quéliverzan Maternelle |   |   |
| <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire Quéliverzan Primaire   | <input type="checkbox"/> Accueil éducatif   |   |

**Pièces à fournir :**

- **Le justificatif du Quotient familial CAF (voir détail),**
- **Un certificat d'aptitude aux activités physiques et sportives**
- **Photocopie des vaccins (obligatoire)**

**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 :**

**Profession :**

**Employeur et N° de téléphone :**

**NOM de la Mère :**

**Prénom de la mère :**

**Adresse (si différente) :**

**Téléphone :**

**Portable :**

**E-mail :**

**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

**Pouvons-nous accéder à votre compte CAF ? :** Oui  Non

### Consentement d'un parent ou du tuteur légal d'une personne d'âge mineur

Pour pouvoir photographier une personne d'âge mineur, le consentement écrit d'un parent ou d'un tuteur légal est obligatoire.

Par la présente, je ..... (nom du parent ou tuteur légal) accepte et autorise que mon enfant soit photographié et que les photos soient utilisées pour faire la promotion des services de la Maison pour Tous du Valy-Hir:

- ❖ sur son Site internet [www.mpt-valy-hir.infini.fr](http://www.mpt-valy-hir.infini.fr), et page facebook <https://www.facebook.com/mptvalyhir/>
- ❖ dans la presse locale
- ❖ à l'accueil de loisirs (journal de bord, fresques,...)
- ❖ dans les locaux de la MPT

Je consens à ce que ..... (nom de la personne mineur) soit photographié, dans le cadre des activités de la Maison pour Tous du Valy-Hir.

Je refuse que ..... (nom de la personne mineur) soit photographié.

En foi de quoi, j'accepte et comprends la présente. De plus, je déclare avoir requis, si je le considérais utile, toute information supplémentaire et avoir souscrit toute consultation juridique ou autre si je le considérais utile pour bien comprendre la portée de mon consentement en tant que parent ou tuteur légal de mon enfant.

Je, .....(nom du parent ou du tuteur légal), affirme être le parent ou le tuteur légal de .....(nom de la personne mineur).

Signé à..... le ..... Signature :.....

### Autorisation de départ de l'enfant avec un tiers

Je, soussigné (e) : .....

Déclare autoriser M. Mme ou Melle : .....

Téléphone :.....

A venir chercher mon enfant : .....

### Autres autorisations à compléter impérativement (barrer les mentions inutiles)

En cas de séparation, merci de nous joindre une copie du jugement.

- Autorise mon enfant, à quitter seul(e) l'enceinte du Centre de Loisirs dès la fin des activités. (Il doit être âgé de plus de 9 ans) : **oui**  **non**
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du Centre de Loisirs et des activités culturelles et sportives : **oui**  **non**
- Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du Centre de Loisirs et des activités sportives et culturelles : en voiture (par les responsables de l'association), par des moyens de transports collectifs cars, bus, train, bateau...) : **oui**  **non**
- Autorise mon enfant à se baigner : **oui**  **non**
- M'engage à régler la cotisation et les factures inhérentes aux activités choisies (les factures sont établies une fois par mois et sont à régler tous les mois) : **par chèques, espèces, CB, prélèvement SEPA** : **oui**  **non**
- Autorise la MPT à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion. Fichier de données déclaré à la CNIL sous le numéro 2094796 v0. 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 : **oui**  **non**
- Autorise la MPT à créer mon espace personnel sur le portail famille en ligne « Connecthys » : **oui**  **non**

**Tournez svp →**

Je peux demander la désactivation de mon espace personnel en ligne en cochant la case ci-contre   
Selon l'article L227-5 du code de l'action sociale et des familles : « les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L.227-4 sont également tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent. »

<b>Souhaitez-vous recevoir par mail :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Se désabonne</b>
- le programme des activités enfants et jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les programmes des animations et fêtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- les informations statutaires (conseil d'administration, assemblée générale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- votre facture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail : .....			

### ***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.

**Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.**

Lu et Approuvé,  
Fait à ....., le.....  
Signature responsable légal

# Fiche sanitaire de liaison 2021-2022

Joindre obligatoire une copie des vaccinations

Si le mineur n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux :

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

	Rubéole	varicelle	angine	rhumatisme	scarlatine	coqueluche	otite	rougeole	oreillons
Oui									
non									

Suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

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:

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

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 enfant 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 : .....

**Le(s) responsable(s)**

Autorise les responsables de la MPT, à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire

Fait à ....., le.....

Signature responsable légal