



**Quimperlé
Communauté
Kemperle
Kumuniezh**

DOSSIER ENFANT

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT

Bannalec
Moëlan-sur-Mer
Scaër
Tréméven

L'ENFANT ET SA FAMILLE

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Sexe: F M

Date et lieu de naissance: ____ / ____ / ____ _____

École fréquentée _____ Classe _____

FAMILLE

Nom-s et Prénom-s _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél. domicile _____ Portable _____

Mail (indispensable pour l'inscription par internet)

_____ @ _____

Situation familiale: Célibataire Marié-e Pacsé-e Divorcé-e Séparé-e

Veuf-ve Vie maritale Autres

Nombre total d'enfants ____ Nombre d'enfants à charge ____

PARENT 1

Nom _____

Prénom _____

Adresse: identique adresse famille

Sinon _____

Profession _____

Tél. travail _____

Tél. portable _____

Autorité parentale: Oui Non

PARENT 2

Nom _____

Prénom _____

Adresse: identique adresse famille

Sinon _____

Profession _____

Tél. travail _____

Tél. portable _____

Autorité parentale: Oui Non

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si parents non joignables):

Nom _____ parenté _____ Tél. _____

Nom _____ parenté _____ Tél. _____

Nom _____ parenté _____ Tél. _____

ADRESSE DE FACTURATION

Identique : Adresse de la famille Adresse du parent 1 Adresse parent 2

Autres Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

DOCUMENTS À JOINDRE impérativement à ce dossier

- **Une attestation d'assurance** « responsabilité civile » pour les activités extra-scolaires.
Nous vous invitons à vérifier auprès de votre assureur que votre enfant est bien couvert pour tous dommages corporels quelle qu'en soit la cause.
- **Une copie des vaccinations** du carnet de santé ou un certificat médical attestant que les vaccinations sont à jour. En cas de non vaccination, un certificat médical doit être fourni.

TARIFICATION EN FONCTION DU QUOTIENT FAMILIAL*

Je suis allocataire CAF du Finistère et je souhaite que le service facturation de Quimperlé Communauté accède directement à mon QF auprès de la CAF 29 avec mon N° d'allocataire _____,

Je ne suis pas allocataire CAF du Finistère et je fournis mon dernier avis d'imposition, le montant des prestations mensuelles versées, ainsi qu'une copie du livret de famille pour le calcul du Quotient Familial par le service de facturation,

Je ne souhaite pas fournir de justificatif ou mon numéro d'allocataire, de fait, j'accepte que le tarif maximal me soit appliqué.

À réception, les factures seront à régler en ligne ou auprès du Trésor Public de Quimperlé, par chèques bancaires, en espèces, chèques vacances ou tickets CESU.

**le QF CAF = (revenus annuels/12 + prestations familiales mensuelles)/nombre de parts CAF.*

Si vous bénéficiez de réductions supplémentaires (CAF hors Finistère, MSA, comité d'entreprise...), merci de transmettre les documents au/à la directeur-riche de l'ALSH.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourraient être utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

ENFANT

Nom _____ Prénom _____
Fille Garçon Date de naissance ____ / ____ / ____

MÉDECIN TRAITANT

Nom _____ Tél _____

Adresse: _____

L'enfant suit-il un traitement régulier ? OUI NON

Si oui lequel? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement durant son accueil en ALSH, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> VARICELLE |
| <input type="checkbox"/> DIPHTERIE | <input type="checkbox"/> RUBÉOLE | <input type="checkbox"/> RHUMATISME |
| <input type="checkbox"/> HÉPATITE | <input type="checkbox"/> SCARLATINE | <input type="checkbox"/> ASTHME |
| <input type="checkbox"/> MÉNINGITE | <input type="checkbox"/> TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE | <input type="checkbox"/> AUTRE MALADIE |
| <input type="checkbox"/> OREILLONS | | |

PRÉCONISATIONS ET RECOMMANDATIONS DES PARENTS : _____

Allergies (alimentaires ou autres): _____

Si votre enfant présente des allergies ou suit un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), vous devez impérativement et rapidement en informer le/la directeur-riche de l'ALSH.

Indiquez ici les autres problèmes de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...) : _____

J'autorise le.a responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état médical de l'enfant.

Ces renseignements sont confidentiels, pensez à mettre ce dossier sous enveloppe !

Départ de l'enfant

Je soussigné-e _____ ,
responsable légal-e ou tuteur-trice de l'enfant _____ ,

autorise Mme ou M. _____

lien de parenté ou autre _____ à prendre en charge
mon enfant après l'accueil de loisirs.

autorise mon enfant à rentrer seul à _____ heures.

autorise mon enfant à prendre le transport urbain à _____ heures.

Quimperlé Communauté ne pourra être tenue responsable en cas d'accident survenu en dehors des heures de prise en charge par les ALSH .

Droit à l'image

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de l'ALSH de Quimperlé Communauté.

J'accepte que mon enfant apparaisse dans la presse locale dans le cadre des activités de l'ALSH.

J'autorise Quimperlé Communauté à utiliser ces images pour illustrer ses supports d'information et de communication (Mag 16, plaquettes ALSH, site internet...).

Je refuse que les images de mon enfant soient utilisées.

Je soussigné-e _____ ,
responsable légal-e ou tuteur-trice de l'enfant _____ ,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, l'authenticité des documents fournis et m'engage à informer le/la directeur-riche de l'ALSH pour tout changement.

Fait à _____ le _____ « Lu et approuvé »

Signature du/de la responsable légal-e

Les informations collectées par le service directement auprès de vous, à votre demande et par voie contractuelle, font l'objet d'un traitement automatisé et papier ayant pour finalité la gestion de votre inscription en ALSH. Les données sont traitées de façon confidentielle. Les destinataires des données sont exclusivement le service, le prestataire destiné à gérer les activités précitées ainsi que les tiers autorisés. Les données sont conservées pour une durée donnée par nos obligations légales de facturation pour les données liées à la facturation.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour exercer vos droits RGPD ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) :

- adresse postale : A l'attention du DPO : 1 Rue Andreï Sakharov, 29394 Quimperlé
- par mail : accueil@quimperle-co.bzh et demander transfert au DPO

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.