**DOSSIER INSCRIPTION**

**(valable pour 1 année scolaire)**

**ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ENFANT**

Nom ..………………….…………….. Prénom …………………………………………….

Date de naissance …………………. Lieu de naissance ………………………………...

Adresse ……………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

Code postal …………………………. Ville …………………………………………………

Ecole ………………………………… Classe ……………………………….....................

**REPRESENTANTS LEGAUX DE L’ENFANT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PARENT 1 | PARENT 2 |
| NOM |  |  |
| PRENOM |  |  |
| DATE ET LIEU DE NAISSANCE |  |  |
| ADRESSE |  |  |
| TELEPHONE |  |  |
| EMAIL |  |  |
| PROFESSION |  |  |
| EMPLOYEUR |  |  |
| TELEPHONETRAVAIL |  |  |

**Situation familiale** :

□ marié □ pacs □ vie maritale □ séparé □ divorcé □ célibataire □ veuf

**Régime allocataire :**

□ CAF □ MSA N° allocataire ……………………….

□ AUTRE (précisez) ………………………………………………………………

**AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L’ENFANT**

**Dans le cas où les représentants de l’enfant ne peuvent être joints, merci de nous communiquer les coordonnées des personnes à prévenir en cas d’urgence et/ou autorisées à prendre l’enfant en charge**

NOM : Lien de parenté ……………………………………...

PRENOM : Téléphone ……………………………………………

NOM : Lien de parenté ……………………………………..

PRENOM : Téléphone ……………………………………………

NOM : Lien de parenté ……………………………………..

PRENOM : Téléphone ……………………………………………

NOM : Lien de parenté ……………………………………..

PRENOM : Téléphone ……………………………………………

**AUTORISATIONS :**

● Autorise l’enfant à rentrer seul de l’accueil de loisirs au domicile **OUI □ NON □**

● Autorise l’enfant à se baigner **OUI □ NON □**

● L’enfant sait-il nager **OUI □ NON □**

● Autorise la Cobas à diffuser l’image de mon enfant : fichiers photos et vidéos sur le site internet de la Cobas dans le cadre de supports de communication ou dans la presse **OUI □ NON □**

**DOSSIER A RENVOYER IMPERATIVEMENT AU SERVICE ALSH Tél : 05.57.15.11.56**

**● par mail :** **alsh@agglo-cobas.fr**

**● par courrier : 2 allée de l’infante LA HUME – 33470 GUJAN-MESTRAS**

**LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE :**

● Attestation CAF mentionnant votre quotient familial

● Assurance extra-scolaire ou responsabilité de la famille

● Carnet de santé photocopie des vaccins obligatoires

● extrait de jugement relatif à l’autorité parentale (en cas de séparation ou de divorce)

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………………………...

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………………………...

Responsable(s) légal(aux) de l’enfant déclare(nt) exacts l’ensemble des renseignements portés dans ce dossier d’inscription, et autorise(nt) le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant.

Je m’engage à signaler au Service Alsh tout changement de situation en cours d’année.

Je m’engage à régler les prestations relatives à mes réservations

Fait à ………………………………………. Signature

Date ………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  **FICHE SANITAIRE** **DE LIAISON** |  **ENFANT**NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PRÉNOM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE DE NAISSANCE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GARÇON 🞎 FILLE 🞎 |

 **VACCINATIONS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS****OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES****DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDÉS** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole Oreillons Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

 **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 avec la notice) informer la direction des mesures à prendre***

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

**ALLERGIES** : justificatif à fournir obligatoirement à l’Accueil de Loisirs et informer la direction des mesures à prendre

. ***ALIMENTAIRES*** oui 🞎 non 🞎 précisez ………………………………….. ***INTOLERANCES*** oui 🞎 non 🞎 précisez …………………………………

**PAI** oui 🞎 non 🞎 fournir le PAI et informer la direction des mesures à prendre

Si **PAI** L’enfant apporte-t-il son repas oui 🞎 non 🞎 (le repas doit être dans une glacière avec un pain de glace)

. ***MÉDICAMENTEUSES*** oui 🞎 non 🞎 précisez le médicament ……………………………………………………

. ***AUTRES* : …………………………………….**

**ASTHME**  oui 🞎 non **🞎 si oui** informer la direction des mesures à prendre

 ***(fournir les médicaments nécessaires dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)***

**REGIME ALIMENTAIRE** précisez  : …………………………………………………………………………………

**L’ENFANT EST-IL SUIVI PAR UNE**  **AVS**  oui 🞎 non 🞎 Expliquez les raisons de son accompagnement **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**L’ENFANT EST-IL SUIVI PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE** (psychologue, orthophoniste…) Expliquez les raisons de son accompagnement

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ : …………………………………………………………………………………………………………………**

**INDIQUEZ LES RECOMMANDATIONS UTILES** : **…………………………………………………………………………………………………………………………………**

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : Mère : domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ travail : ------------------------------ Père : Père : domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ travail : ------------------------------

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’Alsh à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l’enfant. (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)*

Date : Signature :



# DEMANDE D’AUTORISATION

NOM ……………………………………….. PRENOM ……………………….

(personne allocataire)

N° ALLOCATAIRE CAF ou MSA GIRONDE …………………………………………………………………………………….

Afin de faciliter vos démarches et d’obtenir un tarif correspondant à votre QF pour l’Accueil de Loisirs Sans Hébergement de la Cobas, la Caisse d’Allocations Familiales et la MSA de la Gironde mettent à votre disposition un service internet à caractère professionnel qui nous permet d’aller consulter votre quotient familial.

## Conformément à la loi « informatique et libertés » N°78-17 du 6 janvier 19778, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

 **AUTORISE 🞏 N’AUTORISE PAS 🞏**

 Fait à Arcachon le : ………………………

 Signature

# Autorisation de reproduction et de représentation de photographie pour une personne mineure

**pour les supports de communication de la COBAS**

ENTRE : Mme, M et Mme, M Demeurant

Dénommé(e) ci-après "Les représentants légaux "

Représentants légaux de l'enfant dont le nom est

Né(e) le / / à

Demeurant à

Dénommé(e) ci-après "L'enfant »

ET : né(e) le / / à

Demeurant

Dénommé(e) ci-après "le Photographe" pour le compte de la COBAS

# Cession des droits

Par le présent contrat, les REPRESENTANTS LEGAUX cèdent au PHOTOGRAPHE pour le compte de la COBAS les droits qu'ils détiennent sur l'image de leur ENFANT.
En conséquence, les REPRESENTANTS LEGAUX autorisent la COBAS à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique les photographies réalisées dans le cadre du présent contrat. Les photographies pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (magazine de la COBAS, plaquettes, divers supports papier, numérique, magnétique, tissu, plastique etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations etc.) connus et à venir.
Il est entendu que la COBAS s'interdit expressément, une exploitation commerciale des photographies, ou une exploitation susceptible de porter atteinte à la vie privée de l'ENFANT, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe, violent ou illicite.
Les photographies ne pourront pas être cédées à des tiers, sauf dans le cadre d’une utilisation conforme aux besoins de communication de la COBAS.
Les REPRESENTANTS LEGAUX reconnaissent par ailleurs que l'ENFANT n'est lié à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de son image ou de son nom et ne pourra revendiquer aucun droit quant aux supports sur lesquels sera reproduite son image. Par ailleurs, la cession des droits à l’image est consentie sans aucune contrepartie financière ou matérielle.Le présent contrat est conclu pour une duré de 10 ans à compter du jour de son acceptation par les deux parties.
Fait en deux exemplaires originaux à :

Le

Les REPRÉSENTANTS LEGAUX Le Photographe

 **COBAS**

 2, allée d’Espagne - BP 147

 33311 ARCACHON CEDEX

**ACCUEIL DE LOISIRS** Tél : 05.56.66.63.91

 2, allée de l’Infante

 LA HUME

 33470 GUJAN-MESTRAS

**FORMULAIRE DE TRAITEMENT DES DONNEES INFORMATIQUES PERSONNELLES RELATIF AU SERVICE ACCUEIL DE LOISIRS**

 **SANS HEBERGEMENT**

L’établissement ACCUEIL LOISIRS DE LA HUME collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Domino’web. Ce logiciel est nécessaire à la gestion des structures scolaires, d’accueil, de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e) : ………………………………………………………………………………………

Responsable légal de / des enfant(s) : ……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

🞏 **Accepte le traitement de mes données et / ou des données personnelles de mes enfants**

**A ……………………………. Fait le : ……………………….. Signature**

Les données personnelles collectées font l’objet d’un traitement conforme aux dispositions issues du règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978. Conformément à ces dispositions, vous pouvez exercer vos droits d’accès, de rectification à l’effacement, à la limitation, à la portabilité ainsi qu’à l’opposition en contactant le délégué à la protection des données (DPD) par courriel : dpd@agglo-cobas.fr ou par courrier signé accompagné de la copie d’un titre d’identité à l’adresse suivante : Délégué de la Protection des Données, Cobas, 2 allée d’Espagne 33120 Arcachon.