



DOSSIER D'INSCRIPTION ADOLESCENT

Accueil de Loisirs

Année scolaire 2022/2023

ETAT DE CIVIL DE L'ADOLESCENT

Nom / Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Age

Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin

SCOLARISATION 2022 / 2023 :

☐ Collège ☐ Lycée ☐ Institution (IME, IEM, ITEL ...)

Nom de l'Etablissement ou de l'Institution:

Classe 2022 / 2023:

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (PPS) ?

Le PPS propose des dispositifs tels que : AVS/AESH - ULIS - Matériel adapté...

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

Dossier à retourner avant le 06 juillet 2022

À la Communauté de Communes du Haut-Vallespir

8 boulevard du Riuferrer

66150 Arles sur Tech

Tel: 04.68.21.82.05

Valable pour:

- **P'tite Cafet** (Gymnase de la Forge, Arles sur Tech)
(accueil du lundi au vendredi de 14h à 17h30 en période scolaire, le mercredi de 12h à 17h30)
- **Vacances scolaires**

} Sur les différents sites

DOCUMENTS A FOURNIR (OBLIGATOIRE)

Tout dossier incomplet sera refusé

Dossier complet et signé :

- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile 2022/2023
- ☐ Photocopie des vaccinations *à jour*
- ☐ Un chèque de 10€ de cotisation annuelle (année scolaire)
- ☐ En cas de divorce / séparation: joindre le planning de la garde alternée, signé des 2 parents.
- ☐ En cas de Projet d'Accueil Individualisé: Fournir le P.A.I. qui précise les besoins thérapeutiques
- ☐ En cas de perception de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H): Fournir le justificatif de perception de l'A.E.E.H

Documents conseillés :

- ☐ Copie Carte d'Identité ou Passeport du jeune
- ☐ Autorisation de sortie du territoire
- ☐ Carte de santé européenne en cours de validité

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

QUI A LA RESPONSABILITE JURIDIQUE DE L'ENFANT ? ☐ Père ☐ Mère ☐ Père et Mère ☐ Autres (préciser)

☐ Père ☐ Mère ☐ Service social ☐ Tuteur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

 _____

 _____

N° CAF : _____

N° MSA : _____

N° S. Sociale : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Téléphone: _____

OBLIGATOIRE en cas de séparation

Payeur : ☐ Oui ☐ Non

Signature : _____

☐ Père ☐ Mère ☐ Service social ☐ Tuteur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

 _____

 _____

N° CAF : _____

N° MSA : _____

N° S. Sociale : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Téléphone: _____

OBLIGATOIRE en cas de séparation

Payeur : ☐ Oui ☐ Non

Signature : _____

L'ENFANT SAIT-IL NAGER : ☐ OUI ☐ NON

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (Obligation d'être majeur) :

**En cas
D'urgence** **Autoriser à
récupérer l'enfant**

Nom - Prénom et lien

Téléphone

- ✓ Par chèque à l'ordre de Régie Service Jeunesse
- ✓ En espèces
- ✓ Par ANCV (uniquement pendant les vacances)
- ✓ Par Internet (TIPI)



- ☐ Autorise le jeune inscrit à venir fréquenter et utiliser les locaux des espaces jeunes de la Communauté de communes du Haut-Vallespir.
- ☐ Dégage l'encadrement de toutes responsabilités des vols qui pourraient avoir lieu pendant et dans les lieux d'activités.
- ☐ Dégage l'encadrement de toutes responsabilités des déplacements (hors activités) des jeunes en dehors des structures pendant les heures d'ouverture. En effet l'équipe d'animateurs du Service Jeunesse a pour mission d'encadrer les jeunes dans les locaux des différents Espaces Jeunes et pendant les activités. Cependant, les accueils sur les Espaces Jeunes se font en accès libre: il est donc nécessaire qu'un accord moral de confiance soit entretenu entre la famille, le jeune et l'encadrement des différentes structures concernant la fréquentation et la participation du jeune.
- ☐ Autorise les services de la CCHV à transmettre par courrier /SMS /Mail toutes informations du Service Jeunesse ou autres services de la CCHV.

DROIT DE CAPTATION

- ☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

La Communauté de Communes du Haut-Vallespir à représenter, reproduire, publier, diffuser et communiquer au public les images fixes et/ou animées , sur lesquelles figure l'enfant dont je suis le responsable légal, et/ou ses productions prises durant les activités pédagogiques et artistiques, dans des supports de communication écrits ou multimédia (montage vidéo, blog, réseaux sociaux ...)

AUTORISATION DES RESPONSABLES *Cocher la case et renseigner si nécessaire*

	Autorise	N'autorise pas
• Consulter mon Quotient Familial (QF) pour ajuster la tarification applicables	☐	☐
• L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisées par la structure	☐	☐
• L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités	☐	☐
• Laisser l'enfant quitter seul la structure après le Périscolaire àh, après le Centre de Loisirs àh	☐	☐
• A prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.	☐	☐

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Communauté du Communes du Haut Vallespir pour la gestion du service accueil de loisirs Ado . La base légale du traitement est la mission d'intérêt public. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Service comptable, Service Jeunesse. Les données sont conservées pendant 1 an. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez la Communauté de Communes :

Par téléphone au 04.68.21.82.05

ou par mail : dcp@haut-vallespir.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur

Règlement(s) lu(s) et approuvé(s) le _____

Certifie l'exactitude des informations

Date et signature:



ALLERGIES :Alimentaires ☐ Oui ☐ Non Laquelle:Médicamenteuses: ☐ Oui ☐ Non Laquelle:Autres ☐ Oui ☐ Non Laquelle:Régime alimentaire ☐ Oui ☐ Préciser:La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé): ☐ Oui ☐ Non (Si déjà établi document à fournir)**PATHOLOGIES : (asthme, diabète, épilepsie)**La conduite à tenir nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé): ☐ Oui ☐ Non (Si déjà établi document à fournir)**TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :**

Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administrer sans PAI (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées avec le nom de l'enfant, avec la notice et l'ordonnance).

Traitement régulier ☐ Aucun ☐ Pris au domicile ☐ A prendre sur la structureTraitement en cas de crise (pathologie, allergie...) ☐ Oui ☐ Non

Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence.

☐ L'enfant s'auto médicamente ☐ Prévoir PAI pour l'accompagner ☐ PAI déjà établi (à fournir)**APPAREILLAGE COMPENSATOIRE :**☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires☐ Appareil orthopédique ☐ Fauteuil/Déambulateur ☐ Autre (lequel)

Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon activité ...)

ACCUEIL D'ENFANT A BESOIN PARTICULIER :Bénéficiaire de l'AEEH : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondreL'enfant bénéficie-t-il d'un projet personnel de scolarisation (PPS) ? ☐ Oui ☐ Non**Dispositif:** ☐ Aucun ☐ AVS ☐ ULIS ☐ AutresType de suivi: ☐ Aucun ☐ DPMI ☐ CAMSP ☐ AutresL'enfant bénéficie-t-il de l'A.E.E.H (Allocation d'Education à l'Enfant Handicapé) ? ☐ Oui ☐ Non**SUIVI COMPLEMENTAIRE :** (CAMSP , CMP, CMPP, Hôpital de jours)☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre**AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :** Dans le cas où vous auriez des recommandations particulières au sujet du comportement de l'enfant (caractère, santé etc.) veuillez les indiquer ci-dessous:**MEDECIN TRAITANT**

Nom Téléphone

Adresse

