CLARET

DOSSIER D'INSCRIPTION

Accueils Collectifs de Mineurs

2025 / 2026

STRUCTURE(s) FREQUENTEE(s) : ALP ☐ ALSH ☐ MDJ ☐

PHOTO

L'ENFANT

NOM : ……..……

Prénom : ……..……..……

Né (e) le : ….. / ….. / ……..…. à ……..……

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

SCOLARITE :

Classe : …… Enseignant (e) : ……

TELEPHONES

DOMICILE du Père

….. / ….. / ….. / ….. / …..

DOMICILE de la Mère

….. / ….. / ….. / ….. / …..

PORTABLE du Père

….. / ….. / ….. / ….. / …..

PORTABLE de la Mère

….. / ….. / ….. / ….. / …..

TRAVAIL du Père

….. / ….. / ….. / ….. / …..

TRAVAIL de la Mère

….. / ….. / ….. / ….. / …..

PORTABLE de l'enfant

….. / ….. / ….. / ….. / …..

LA FAMILLE / LE RESPONSABLE LEGAL

Père

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Commune : ……

Profession : …… Employeur : ……

Mère

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Commune : ……

Profession : …… Employeur : ……

Situation familiale : ……

Nombre d'enfants à charge : ……

Adresse d'envoi de la facturation (si différente) :

……

Code postal : …… Commune : ……

Courriel (en majuscules) : …… @ ……

LA FICHE SANITAIRE

Médecin traitant : …… Téléphone : …. / …. / …. / …. / ….

Numéro de sécurité sociale : ……..……

Mutuelle (nom et n° adhérent) : ……..……

Vaccinations

Joindre **impérativement** la photocopie du carnet de vaccinations au dossier.

Allergies

L'enfant présente t-il ces allergies ?
Asthme : oui / non. Alimentaire : oui / non. Médicamenteuse : oui / non. Autres : oui / non.
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
……
……
……

Régime alimentaire

Classique ☐ Autre (précisez) ☐ : ……..

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

Non ☐ Oui ☐ (Si votre enfant bénéficie d'un **PAI**, ce document est à fournir **impérativement**)

Les soins d'urgence

Je soussigné (e), ……..……, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur coordinateur des ACM (Accueils Collectifs de Mineurs) ou son représentant, à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : … / … / …… Signature :

ALLOCATIONS FAMILIALES

Vous êtes ressortissant du régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre (précisez) : ……...……

Indiquez votre numéro (CAF ou MSA) : ……

Pièces à fournir selon votre situation :
.La notification d'aide aux loisirs de la CAF.
.La notification d'aide familles de la MSA en Accueil de Loisirs Sans Hébergement.
.Tout autre justificatif d'aide financière (Comité d'entreprise, employeur, …).

Le fait de nous communiquer votre numéro vous permet d'accéder à la tarification appliquée en fonction de vos ressources et de la composition de la famille par le biais d'un portail professionnel : CAFPRO/CDAP.
Pour les ressortissants CAF d'un autre département que l'Hérault ou de la MSA, vous pouvez nous fournir la photocopie de votre dernier avis d'imposition.
Si vous ne souhaitez pas nous communiquer ces informations, la tarification maximale sera appliquée.
Dans ce cas veuillez cocher la case ci-après.

☐ Je ne souhaite pas communiquer ces informations et autorise la tarification maximale.

RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) / 25 mai 2018

Les informations recueillis sur ce dossier sont enregistrées dans un fichier informatisé par le directeur coordonnateur des ACM (alp@claret.fr - 04 67 02 84 06), pour leur bon fonctionnement La base légale du traitement est la mission d'intérêt public.
Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : équipe de direction des ACM, maire adjoint délégué à la vie scolaire et services administratifs de la Mairie
Les données sont conservées pendant un an, à compter du 1er septembre de chaque année.
Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit dans la limitation de leur traitement ; vous pouvez également retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données, à leur traitement et exercer votre droit à leur portabilité.
Consultez le site < cnil.fr > pour plus d'information sur vos droits.
Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le service chargé de l'exercice de ces droits : secrétariat de Mairie (mairie@claret.fr - 1 place de l'Hermet - 04 67 02 93 80).

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.

Date : … / … / …… Signature père : Signature mère :

AUTORISATIONS

Droit à l'image

Je soussigné (e), ……, responsable légal de l'enfant,
☐ **Autorise,** l'utilisation et l'exploitation non commerciale de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des ACM sur quelque support que ce soit (papier, support analogique, numérique, web…), actuel ou futur pour une durée illimitée, et renonce à toute action à l'encontre des ACM dans le cadre précité.
☐ **N'autorise pas** le personnel à utiliser l'image de mon enfant.

Date : … / … / …… Signature père : Signature mère :

Transports

Je soussigné (e), ……, responsable légal de l'enfant, autorise celui-ci, dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires des ACM, à emprunter les moyens de transport suivants :

- ☐ Bus / minibus.
- ☐ Véhicule de l'animateur.
- ☐ Véhicule d'un parent accompagnateur.

Date : … / … / …… Signature :

LES PERSONNES AUTORISEES

À l'exception des Maisons Des Jeunes, où les allées et venues sont libres (voir règlement des MDJ), l'enfant ne pourra quitter les structures d'accueil qu'avec ses responsables légaux directs.
Les autres personnes susceptibles de venir chercher l'enfant devront être mentionnées ci-dessous ou présenter une autorisation écrite, datée et signée par le responsable direct de l'enfant.

Nom : …… Prénom : ……
Lien de parenté avec l'enfant : …… Tél : …… / …… / …… / …… / ……
Nom : …… Prénom : ……
Lien de parenté avec l'enfant : …… Tél : …… / …… / …… / …… / ……
Nom : …… Prénom : ……
Lien de parenté avec l'enfant : …… Tél : …… / …… / …… / …… / ……
Nom : …… Prénom : ……
Lien de parenté avec l'enfant : …… Tél : …… / …… / …… / …… / ……

Date : … / … / …… Signature :

REGLEMENT INTERIEUR

Le fonctionnement des ACM est régi par un règlement intérieur qui vous sera adressé pour prise de connaissance et signature dans un second temps. Cependant, pour toute question pratique portant par exemple sur les documents administratifs, le fonctionnement, n'hésitez pas à vous adresser au directeur des ACM par téléphone (04 67 02 84 06) ou par mail (alp@claret.fr / alsh@claret.fr / mdj@claret.fr).