



Ce dossier concerne :

- ACM La Canopée 02.32.52.06.90 | inscriptions.aubevoye@assolocal.fr
- ACM Les Canailoux 02.32.69.51.84 | inscriptions.fontainebellenger@assolocal.fr
- ACM Le Petit Prince 02.32.69.41.76 | inscriptions.gaillon@assolocal.fr
- ACM Jeufosse 02.32.52.06.90 | inscriptions.jeufosse@assolocal.fr
- Séjours d'été 02.32.52.06.90 | contact@assolocal.fr

DOSSIER ADMINISTRATIF

RESPONSABLE 1 (PRINCIPAL)	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI	RESPONSABLE 2	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Né(e) le : _____ à :		Né(e) le : _____ à :	
N° allocataire CAF :		N° allocataire CAF :	
Tél. mobile :		Tél. mobile :	
Mail (obligatoire) :		Mail (facultatif) :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
Commune de l'employeur :		Commune de l'employeur :	
Tél. pro. :		Tél. pro. :	

FAMILLE	
Nom :	Assureur :
Adresse de correspondance : _____ _____ _____	N° contrat assurance : _____
CP : _____ Commune : _____	Régime de sécurité sociale : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre _____
Tél. fixe :	
Situation familiale :	Nb d'enfants à charge :

PERSONNES AUTORISEES en cas d'indisponibilités du (des) responsable(s) désigné(s) ci-dessus, par ordre de priorité d'alerte.				
Nom	Prénom(s)	Téléphone		
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

: Personne à prévenir en cas d'urgence : Personne autorisée à venir chercher le(s) enfant(s)

Paraphe du responsable principal :

ENFANT 1

Nom :		Prénom :
Né(e) le :	À :	Dépt :
Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon - <input type="checkbox"/> Fille		
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Végétarien - <input type="checkbox"/> Sans porc - <input type="checkbox"/> Autre _____		
Médecin traitant :	Nom :	☎ :
Allergies et intolérances¹ : <input type="checkbox"/> Alimentaires - <input type="checkbox"/> Médicamenteuses - <input type="checkbox"/> Autres _____		

Antécédents médicaux et / ou maladies pouvant nécessiter une attention particulière - Recommandations :

Votre enfant peut-il être amené à se voir administrer un traitement médicamenteux lors de sa présence sur la structure ?
 OUI - NON. Si oui quels sont les médicaments concernés¹ ?

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) **Titulaire AEEH** du _____ au _____

L'enfant est autorisé à quitter la structure seul après la fin des activités	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à prendre l'enfant en photo / video dans le cadre des activités de la structure	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à publier les photos de l'enfant sur le site internet de l'association	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à publier les photos de l'enfant sur la page Facebook de l'association	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à procéder aux déplacements extérieurs à la structure rendus nécessaires par l'activité par tout moyen de locomotion adapté, dans le respect des lois et règlements en vigueur	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON

ENFANT 2

Nom :		Prénom :
Né(e) le :	À :	Dépt :
Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon - <input type="checkbox"/> Fille		
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Végétarien - <input type="checkbox"/> Sans porc - <input type="checkbox"/> Autre _____		
Médecin traitant :	Nom :	☎ :
Allergies et intolérances¹ : <input type="checkbox"/> Alimentaires - <input type="checkbox"/> Médicamenteuses - <input type="checkbox"/> Autres _____		

Antécédents médicaux et / ou maladies pouvant nécessiter une attention particulière :

Votre enfant peut-il être amené à se voir administrer un traitement médicamenteux lors de sa présence sur la structure ?
 OUI - NON. Si oui quels sont les médicaments concernés¹ ?

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) **Titulaire AEEH** du _____ au _____

L'enfant est autorisé à quitter la structure seul après la fin des activités	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à prendre l'enfant en photo / video dans le cadre des activités de la structure	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à publier les photos de l'enfant sur le site internet de l'association	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à publier les photos de l'enfant sur la page Facebook de l'association	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à procéder aux déplacements extérieurs à la structure rendus nécessaires par l'activité par tout moyen de locomotion adapté, dans le respect des lois et règlements en vigueur	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON

Paraphe du responsable principal :

¹ Voir le paragraphe « Santé » dans les modalités de fonctionnement

ENFANT 3

Nom :		Prénom :
Né(e) le :	À :	Dépt :
Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon - <input type="checkbox"/> Fille		
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Végétarien - <input type="checkbox"/> Sans porc - <input type="checkbox"/> Autre _____		
Médecin traitant :	Nom :	☎ :
Allergies et intolérances¹ : <input type="checkbox"/> Alimentaires - <input type="checkbox"/> Médicamenteuses - <input type="checkbox"/> Autres _____		

Antécédents médicaux et / ou maladies pouvant nécessiter une attention particulière - Recommandations :

Votre enfant peut-il être amené à se voir administrer un traitement médicamenteux lors de sa présence sur la structure ?
 OUI - NON. Si oui quels sont les médicaments concernés¹ ?

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) **Titulaire AEEH** du _____ au _____

L'enfant est autorisé à quitter la structure seul après la fin des activités	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à prendre l'enfant en photo / video dans le cadre des activités de la structure	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à publier les photos de l'enfant sur le site internet de l'association	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à publier les photos de l'enfant sur la page Facebook de l'association	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à procéder aux déplacements extérieurs à la structure rendus nécessaires par l'activité par tout moyen de locomotion adapté, dans le respect des lois et règlements en vigueur	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON

ENFANT 4

Nom :		Prénom :
Né(e) le :	À :	Dépt :
Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon - <input type="checkbox"/> Fille		
Régime alimentaire particulier : <input type="checkbox"/> Végétarien - <input type="checkbox"/> Sans porc - <input type="checkbox"/> Autre _____		
Médecin traitant :	Nom :	☎ :
Allergies et intolérances¹ : <input type="checkbox"/> Alimentaires - <input type="checkbox"/> Médicamenteuses - <input type="checkbox"/> Autres _____		

Antécédents médicaux et / ou maladies pouvant nécessiter une attention particulière :

Votre enfant peut-il être amené à se voir administrer un traitement médicamenteux lors de sa présence sur la structure ?
 OUI - NON. Si oui quels sont les médicaments concernés¹ ?

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) **Titulaire AEEH** du _____ au _____

L'enfant est autorisé à quitter la structure seul après la fin des activités	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à prendre l'enfant en photo / video dans le cadre des activités de la structure	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à publier les photos de l'enfant sur le site internet de l'association	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à publier les photos de l'enfant sur la page Facebook de l'association	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
J'autorise L'OCAL à procéder aux déplacements extérieurs à la structure rendus nécessaires par l'activité par tout moyen de locomotion adapté, dans le respect des lois et règlements en vigueur	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON

Paraphe du responsable principal :

¹ Voir le paragraphe « Santé » dans les modalités de fonctionnement