



Ce dossier concerne :

- |  |                |   |
|--|----------------|---|
| <input type="checkbox"/> ACM La Canopée      | 02.32.52.06.90 | inscriptions.aubevoye@assolocal.fr          |
| <input type="checkbox"/> ACM Les Canailoux   | 02.32.69.51.84 | inscriptions.fontainebellenger@assolocal.fr |
| <input type="checkbox"/> ACM Le Petit Prince | 02.32.69.41.76 | inscriptions.gaillon@assolocal.fr           |
| <input type="checkbox"/> ACM Jeufosse        | 02.32.52.06.90 | inscriptions.jeufosse@assolocal.fr          |
| <input type="checkbox"/> Séjours d'été       | 02.32.52.06.90 | contact@assolocal.fr                        |

## DOSSIER ADMINISTRATIF

<b>RESPONSABLE 1 (PRINCIPAL)</b>	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> OUI	<b>RESPONSABLE 2</b>	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. :	

<b>FAMILLE</b>	
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 :

<b>PERSONNES AUTORISEES</b> 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**

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>
<b>Né(e) le :</b>	<b>À :</b>	<b>Dépt :</b>
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Garçon - <input type="checkbox"/> Fille		
<b>Régime alimentaire particulier :</b> <input type="checkbox"/> Végétarien - <input type="checkbox"/> Sans porc - <input type="checkbox"/> Autre _____		
<b>Médecin traitant :</b>	<b>Nom :</b>	<b>☎ :</b>
<b>Allergies et intolérances<sup>1</sup> :</b> <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 concernés<sup>1</sup> ?

**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**

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>
<b>Né(e) le :</b>	<b>À :</b>	<b>Dépt :</b>
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Garçon - <input type="checkbox"/> Fille		
<b>Régime alimentaire particulier :</b> <input type="checkbox"/> Végétarien - <input type="checkbox"/> Sans porc - <input type="checkbox"/> Autre _____		
<b>Médecin traitant :</b>	<b>Nom :</b>	<b>☎ :</b>
<b>Allergies et intolérances<sup>1</sup> :</b> <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 concernés<sup>1</sup> ?

**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 :

<sup>1</sup> Voir le paragraphe « Santé » dans les modalités de fonctionnement

### ENFANT 3

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>
<b>Né(e) le :</b>	<b>À :</b>	<b>Dépt :</b>
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Garçon - <input type="checkbox"/> Fille		
<b>Régime alimentaire particulier :</b> <input type="checkbox"/> Végétarien - <input type="checkbox"/> Sans porc - <input type="checkbox"/> Autre _____		
<b>Médecin traitant :</b>	<b>Nom :</b>	<b>☎ :</b>
<b>Allergies et intolérances<sup>1</sup> :</b> <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 concernés<sup>1</sup> ?

**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

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>
<b>Né(e) le :</b>	<b>À :</b>	<b>Dépt :</b>
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Garçon - <input type="checkbox"/> Fille		
<b>Régime alimentaire particulier :</b> <input type="checkbox"/> Végétarien - <input type="checkbox"/> Sans porc - <input type="checkbox"/> Autre _____		
<b>Médecin traitant :</b>	<b>Nom :</b>	<b>☎ :</b>
<b>Allergies et intolérances<sup>1</sup> :</b> <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 concernés<sup>1</sup> ?

**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 :

<sup>1</sup> Voir le paragraphe « Santé » dans les modalités de fonctionnement