

**Condition de participation : adhésion annuelle familiale à l'Association Ségala-Limargue à jour (20 €)**

**ALSH :** ☐ Leyme avec ramassage à partir de Lacapelle-Marival ☐ Oui ☐ Non  
☐ Sousceyrac-en-Quercy avec ramassage à partir de Latronquière ☐ Oui ☐ Non

**Activités ados :** pour les jeunes à partir de 11 ans (*voir programmes*).

Nom / Prénom du père : .....  
 Adresse : .....  
 Tél : .....  
 Tél travail : .....  
 Email : .....

Nom / Prénom de la mère : .....  
 Adresse : .....  
 Tél : .....  
 Tél travail : .....  
 Email : .....

**A la demande de la CAF, mise en place des deux tarifs en fonction du quotient familial : QF ≤ 700 ; QF > 700**

**Merci de fournir le justificatif.**

☐ **Aide à la famille / Facilité de paiement, précisez :**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aide aux loisirs CAF   | <input type="checkbox"/> MSA          |
| <input type="checkbox"/> CE Comité d'entreprise | <input type="checkbox"/> Chèques ANCV |
|   | <input type="checkbox"/> Chèques CESU |

☐ **Aucune aide / Facilité de paiement**

Pour chacun des enfants concernés, *précisez* :

NOM	Prénom	Date et lieu de naissance	<input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> ADOS
			<input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> ADOS
			<input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> ADOS
			<input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> ADOS
			<input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> ADOS
			<input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> ADOS
			<input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> ADOS

**Merci de nous retourner cette fiche (recto-verso) + une fiche sanitaire par enfant (recto-verso) dument remplies.**  
**Ces documents sont nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant (s) sur le registre obligatoire de l'Accueil de Loisirs Ségala-Limargue / Activités ADOS.**

Cette activité sera réalisée le cas échéant dans le respect des mesures COVID en vigueur.

Mention RGPD : les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé sous le contrôle de P Faurie-Grepon, responsable du traitement, à des fins de réalisation des actions de l'Association Ségala-Limargue.

Elles sont conservées pendant 5 ans et uniquement destinées à l'Association Ségala Limargue  
 Conformément à la loi informatique et liberté, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : la direction de l'Association Ségala-Limargue.

Je soussigné (e) .....

Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre, préciser : .....

Demeurant à (adresse) .....

Autorise mon (mes) enfants (s) :

➤ à participer aux activités de l'Accueil de Loisirs Ségala-Limargue ☐ Oui ☐ Non

➤ à participer aux activités ados (pour les plus de 11 ans) ☐ Oui ☐ Non

➤ à se rendre et/ou à quitter l'Accueil de Loisirs / les activités ados avec Mme ou Mr :

Nom - Prénom	Adresse	Téléphone

➤ à quitter l'Accueil de Loisirs / les activités ados pour se rendre :

☐ autres activités : .....

Prise en charge de l'enfant jusqu'à son retour dans les locaux, par Mme ou Mr

Nom – Prénom – Tél	Fonction	Jour - Horaires - Lieu

**Durant ce temps d'activité à l'extérieur de l'Accueil de Loisirs/ activités ados, l'Association Ségala-Limargue (ASL) est dégagée de toute responsabilité.**

#### **DROIT A L'IMAGE :**

- ☐ J'accepte que mon (mes) enfant (s) soit (ent) filmé (s) /photographié(s) dans le cadre des activités de l'ASL. La diffusion des images aura uniquement pour objet de relater et faire connaître les activités de l'ASL (journal local, site internet...).
- ☐ Je n'accepte pas

#### **UNIQUEMENT POUR LES JEUNES DE PLUS DE 14 ANS :**

- ☐ J'autorise que mon (mes) enfant(s) âgé(s) de plus de 14 ans arrive(nt) seul(s) et quitte(nt) seul(s), c'est-à-dire non accompagné(s) par un adulte, une activité ; et qu'il(s) puisse(nt) aller et venir librement durant les activités en "accès libre".
- ☐ Je n'autorise pas

**Rappel : l'ASL n'est responsable que durant la présence effective du jeune (registre des présences / horaires effectifs) – confère règlement intérieur.**

#### **J'AUTORISE LES RESPONSABLES A PRENDRE TOUTES LES MESURES NECESSAIRES EN CAS D'URGENCE.**

#### **J'ACCEPTE LE REGLEMENT INTERIEUR DU SECTEUR ENFANCE/JEUNESSE DE L'ASL.**

☐

**J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.**

(Conformément à la loi informatique et liberté, vous avez libre accès à la modification des données.)

**Avec la mention " Lu et approuvé"**

**Signature :**

à ..... le .....