

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (296.22)
ACCUEIL DE LOISIRS ALSH / ACTIVITES ADOS
Association Ségala-Limargue - 46 120 LEYME 2022-2023

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 déchargée 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