

# Dossier UNIQUE LONGAGES 2021/2022

Mairie de LONGAGES – La Prade – 31410 Longages - Tél 05 61 87 44 12 - [accueil@longages.fr](mailto:accueil@longages.fr)  
Ass. FOYER du RABE – Esplanade du Rabe - 31410 Longages - Tel : 05 61 87 20 04 - [foyerdurabe31@orange.fr](mailto:foyerdurabe31@orange.fr)


A retourner à la  
MAIRIE avant le  
16 Juillet 2021

Restauration Scolaire

ALAE

ALSH « L'île aux enfants »

Merci de Cocher la/les cases

ENFANT	
Nom : _____ Prénom : _____	
Sexe : _____ Age : _____ Né(e) le : _____ Ecole _____ Classe : _____	
LE RESPONSABLE : <input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE	<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____ Tél * : - - - -	Prénom : _____ Tél * : - - - -
Profession * : _____	Profession * : _____
Employeur * : _____	Employeur * : _____
Adresse(s) : Père : _____	
Mère : _____	
Mail * _____ @ _____	
 <b>La facturation est liée à votre Quotient Familial.</b> Vous devez nous fournir <b>Obligatoirement</b> votre <b>Attestation de la Caisse Allocations Familiales</b> * mentionnant votre numéro d'allocataire et votre quotient familial. La remise à jour du quotient familial se fait en début d'année civile. <b>En cas de non-transmission de ce document la tranche la plus élevée sera retenue pour vos factures.</b>	



## CERTIFICAT MEDICAL

Votre ENFANT doit être à jour des VACCINATIONS pour FREQUENTER L'A.L.S.H., L'A.L.A.E. lors de l'Inscription.  
Il est OBLIGATOIRE de faire REMPLIR et SIGNER par votre Médecin Traitant le certificat médical ci-dessous

Je soussigné(e) ..... Docteur en médecine, certifie que  
l'enfant : ..... Né(e) le : .....

<input type="checkbox"/> Est apte à la vie en collectivité	<input type="checkbox"/> Est en règle avec les obligations vaccinales prévues par la loi au vu de son carnet de santé
<input type="checkbox"/> Ne présente actuellement aucun signe d'affection contagieuse	<input type="checkbox"/> Ne présente aucune allergie ou contre indication Alimentaire ou Médicamenteuse connue (1)
<input type="checkbox"/> Peut pratiquer les activités Physiques à l'A.L.S.H, A.L.A.E	<input type="checkbox"/> Ne présente aucune difficulté de santé (crises convulsives, accidents, hospitalisation, précisez si l'enfant porte des lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc.)

Votre enfant présente des difficultés de santé précisez la(les)quel(les) .....

Votre enfant est-il soumis à un régime alimentaire particulier ?  oui  non  
si oui, lequel .....

(1) Précisez la conduite à tenir en fournissant le P.A.I. à jour ou un certificat médical et les Médicaments. Les médicaments doivent être fournis Obligatoirement pour les différents sites que pratique votre enfant sans quoi il sera refusé.

Fait à .....  
Le .....

Nombre de cases  
cochées par le Médecin :

Signature et Tampon Médecin OBLIGATOIRE

**AUTORISATIONS PARENTALES** : Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Responsable  
légal de l'enfant \_\_\_\_\_ :

\*Autorise les personnes suivantes (préciser leur numéro de téléphone) :

Personnes Majeures habilitées à récupérer l'enfant	Personnes Majeures à prévenir en cas d'accident

\*Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l' ALSH, ALAE dans et hors de l'école.

\*Autorise mon enfant à participer aux activités nécessitant des déplacements à pied, à vélo ou en véhicule (bus).

\*Accepte que mon enfant soit photographié(e) et/ou filmé(e) dans le cadre de toutes les activités culturelles, artistiques, Sportives organisées par l'Association Foyer du Rabé et/ou par la Mairie.

\*J'ai pris connaissance des Règlements Intérieurs « Restauration Scolaire » et « l'ALAE / ALSH » que je CONSERVE.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal(e) de l'enfant \_\_\_\_\_  
déclare exacts les renseignements portés sur ce document. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...), en aucun cas, je ne tiendrai pour responsable l'organisateur ou son équipe pédagogique. La perte ou le vol d'objet appartenant à l'enfant n'est pas de la responsabilité de l'organisateur ou de son équipe pédagogique.

Fait à :

Le :

**Signature avec mention :**

« lu et approuvé, bon pour autorisation de décharge de responsabilité et acceptation sans réserve du règlement de la Restauration Scolaire, de l'ALAE et de l'ALSH que je conserve. »



**BON POUR ACCORD - Règlement Général de Protection des Données (RGPD)**

*En souscrivant au présent formulaire, vous acceptez que le Foyer du Rabé et la Mairie de Longages mémorisent et utilisent les données personnelles qui y figurent. Spécifiquement, vous autorisez le Foyer du Rabé et la Mairie de Longages à communiquer via les coordonnées que vous avez indiquées.*

*Le Foyer du Rabé et la Mairie de Longages s'engagent à ne pas transmettre ni partager sans votre accord les données avec des organismes n'entrant pas dans le champ social.*

*Conformément au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) dont vous déclarez avoir Connaissance.*

**Signature Précédée :**

« Bon pour accord »

**Fait le :**

\* Champs obligatoires - (Merci de cocher la/les cases)