

DOSSIER ADMINISTRATIF UNIQUE

ANNÉE 2024-2025

Dossier valable de septembre à août

Dossier à remplir pour toute inscription :

- ▶ **ACCUEILS DE LOISIRS (ALSH)**
- ▶ **ATELIERS LUDO-EDUCATIFS (ALE)**
- ▶ **ÉCOLE MUNICIPALE D'INITIATION SPORTIVE (ÉMIS)**

Nom : _____

N° de famille : _____



POUR LES ALSH ET ALE direction de l'éducation

Hôtel Grosloot - Place de l'Étape - ORLÉANS

ALSH : 02 38 79 29 73 ; 74 ou 77 - alsh@orleans-metropole.fr

ALE : ale@orleans-metropole.fr

À REMETTRE :

- Au référent périscolaire pour les enfants des écoles publiques.
- À la direction de l'éducation - pôle accueil/inscriptions pour les enfants des écoles privées.

POUR L'EMIS Guichet unique

Place de l'Étape - ORLÉANS

02 38 79 22 22

- Pour simplifier vos démarches, compléter votre dossier d'inscription en ligne, à partir de : moncompte.orleans-metropole.fr
- À défaut, remettre le dossier à l'accueil du centre municipal ou l'envoyer par mail (espace-famille@ville-orleans.fr).

INSCRIPTION(S) SOUHAITÉE(S) : ☐ ALSH ☐ ALE ☐ ÉMIS

Photocopies des pièces à joindre (datant de -3 mois). Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

► **Si vous disposez déjà d'un n° de famille :**

Pour une inscription ÉMIS :

☐ Fiche de souhaits ☐ Brevet natation selon activité ☐ Vaccins*

Pour une inscription ALSH et ALE :

☐ Vaccins*
☐ Copie du jugement de divorce ou de séparation pour les parents divorcés ou séparés, en cas de garde alternée et de demande d'inscription pour un calendrier personnalisé

Fournir également pour les ALSH :

☐ Contrat de travail, dernier bulletin de salaire du foyer fiscal ☐ Attestation formation ou pôle emploi

► **Si vous ne disposez pas d'un n° de famille :**

☐ Justificatif de domicile ☐ Vaccins*
☐ Bons vacances – MSA (Mutualité Sociale Agricole)
☐ Copie du jugement de divorce ou de séparation pour les parents divorcés ou séparés
☐ Attestation de paiement (CAF, MSA...) si vous percevez des prestations familiales (allocation familiale, complément familial), des minima sociaux (RSA, AAH) ou allocations logements. A défaut, fournir le dernier avis d'imposition complet ou avis de non-imposition.
☐ Livret de famille ou extrait des actes de naissance des membres de la famille

Fournir également pour les ALSH :

☐ Contrat de travail, dernier bulletin de salaire du foyer fiscal ☐ Attestation formation ou pôle emploi

* **ATTENTION** : pour les enfants nés depuis 2018, et conformément à la nouvelle réglementation en vigueur, merci de joindre toutes les pages du carnet de vaccination

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER OÙ VIT (VIVENT) L'(LES) ENFANT(S)

RESPONSABLE N°1

Nom :

Prénom :

Situation de famille : ☐ Marié ☐ Divorcé
☐ Vie Maritale ☐ Pacsé
☐ Célibataire ☐ Séparé
☐ Veuf

Adresse :

Téléphone fixe : Mobile :

Courriel :

Situation professionnelle :

☐ Salarié ☐ Alloc. RSA ☐ Étudiant
☐ Retraité ☐ mandeur d'emploi
☐ Autre :

Employeur :

Téléphone :

Caf N° Loiret ☐ MSA ☐ Autre

Lien avec l'enfant : ☐ Mère ☐ Père
☐ Belle-mère ☐ Beau-père
☐ Autre à préciser :

Payeur ☐
Autorité parentale ☐

CONJOINT

Nom :

Prénom :

Situation de famille : ☐ Marié ☐ Divorcé
☐ Vie Maritale ☐ Pacsé
☐ Célibataire ☐ Séparé
☐ Veuf

Adresse :

Téléphone fixe : Mobile :

Courriel :

Situation professionnelle :

☐ Salarié ☐ Alloc. RSA ☐ Étudiant
☐ Retraité ☐ Demandeur d'emploi
☐ Autre :

Employeur :

Téléphone :

Caf N° Loiret ☐ MSA ☐ Autre

Lien avec l'enfant : ☐ Mère ☐ Père
☐ Belle-mère ☐ Beau-père
☐ Autre à préciser :

Payeur ☐
Autorité parentale ☐

RESPONSABLE N°2 (si différent du conjoint ou séparation)

Nom :

Prénom :

Situation de famille : ☐ Marié ☐ Divorcé
☐ Vie Maritale ☐ Pacsé
☐ Célibataire ☐ Séparé
☐ Veuf

Adresse :

Téléphone fixe : Mobile:

Courriel :

Situation professionnelle :

☐ Salarié ☐ Alloc. RSA ☐ Étudiant
☐ Retraité ☐ Demandeur d'emploi
☐ Autre :

Employeur :

Téléphone :

Caf N° Loiret ☐ MSA ☐ Autre

Lien avec l'enfant : ☐ Mère ☐ Père
☐ Belle-mère ☐ Beau-père
☐ Autre à préciser :

Payeur ☐
Autorité parentale ☐

AUTRES RENSEIGNEMENTS

► ASSURANCE (obligatoire)

Je certifie sur l'honneur avoir souscrit pour mon ou mes enfant(s) un contrat d'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile dans le cadre de mes activités péri et extra scolaires.

Compagnie :

N° de police d'assurance :

Date de fin de validité : ____ / ____ / ____

Autre :

► MÉDECIN TRAITANT DE LA FAMILLE OU PÉDIATRE

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Adresse :



**EN CAS D'URGENCE LA FAMILLE EST
IMMÉDIATEMENT AVERTIE PAR NOS SOINS**

ATTENTION

Les parents, même séparés, sont supposés exercer conjointement l'autorité parentale. En cas de séparation, les deux parents sont donc indiqués comme étant à prévenir en cas d'urgence et autorisés à venir chercher l'enfant.

En cas de droit de garde restreint, la restriction devra être clairement exprimée et justifiée par la photocopie du jugement.

En cas de traitement médical, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).

Observation de la famille :

.....

.....

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur*

certifie l'exactitude des renseignements complétés par nos soins dans ce dossier et **avoir pris connaissance du règlement des Accueils de Loisirs, ALE et ÉMIS (cf. site de la ville www.orleans-metropole.fr)**.
Je m'engage à signaler par écrit tout changement de situation à l'Espace famille de la mairie d'Orléans.

Conformément à la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, le droit d'accès, de modification ou de suppression peut s'exercer auprès de l'Espace famille (espace-famille@ville-orleans.fr).

Les informations ci-dessus recueillies font l'objet d'un traitement informatique déclaré à la CNIL et peuvent être transmises aux partenaires de la ville dans le cadre de la gestion des activités. Ne sont transmises dans ce cas que les informations strictement nécessaires au traitement des activités concernées.

* Joindre la copie du document attestant de la qualité de tuteur.

☐ **Je certifie avoir pris connaissance du Règlement des dispositifs Péri et Extrascolaires, ainsi que celui de l'EMIS en vigueur.**

Afin de simplifier vos démarches administratives et de vous permettre de bénéficier d'une tarification adaptée à vos ressources, nous vous remercions de cocher obligatoirement l'une des cases ci-dessous :

☐ **Je donne mon accord** pour que la mairie d'Orléans et la Caisse d'allocations familiales du Loiret procèdent à des échanges de données concernant ma situation (n° allocataire, nom, prénom, montant du quotient familial...) **afin de pouvoir bénéficier d'une tarification adaptée à mes ressources ;**

Numéro d'allocataire CAF :

☐ **Je ne souhaite pas** que la mairie d'Orléans et la CAF procèdent à des échanges de données concernant ma situation et je suis informé que je devrai fournir moi-même ces éléments avec leurs justificatifs (avis d'imposition, documents prouvant vos ressources au cours des derniers mois, etc.) et qu'**à défaut la tarification maximale me sera appliquée.**

Fait à Orléans, le : / /

Signature obligatoire :

Les informations recueillies par la Mairie d'Orléans à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités proposées aux familles. Ces données seront conservées pendant les années scolaires pour lesquelles votre famille a sollicité l'inscription a au moins une de ces activités.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition du traitement, d'effacement et de la portabilité de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données par voie électronique : dpo@orleans-metropole.fr ou par courrier postal : Orléans Métropole, Secrétariat Général, 5 Place du 6 juin 1944, 45000 Orléans. Vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès des services de la CNIL.