

# DOSSIER ADMINISTRATIF UNIQUE

## ANNÉE 2023-2024

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 Groslot - Place de l'Étape - ORLÉANS

ALSH : 02 38 79 29 73 ; 74 ou 77 - [alsh@orleans-metropole.fr](mailto:alsh@orleans-metropole.fr)

ALE : 02 38 79 28 10 ou 28 24 - [ale@orleans-metropole.fr](mailto: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](http://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](mailto:espace-famille@ville-orleans.fr)).

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

#Orleans



[www.orleans.fr](http://www.orleans.fr)



Orléans  
Mairie

**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 :**

Justificatif de domicile (sauf pour les 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 : ..... Moblie : .....

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

### CONJOINT

Nom : .....

Prénom : .....

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

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Moblie : .....

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 :

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marié        | <input type="checkbox"/> Divorcé |
| <input type="checkbox"/> Vie Maritale | <input type="checkbox"/> Pacsé   |
| <input type="checkbox"/> Célibataire  | <input type="checkbox"/> Séparé  |
| <input type="checkbox"/> Veuf         |                                  |

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Moblie : .....

Courriel : .....

Situation professionnelle :

- |                                   |   |                                   |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salarié  | <input type="checkbox"/> Alloc. RSA         | <input type="checkbox"/> Étudiant |
| <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi |                                   |
| <input type="checkbox"/> Autre :  |   |                                   |

Employeur : .....

Téléphone : .....

Caf N° ..... Loiret  MSA  Autre

Lien avec l'enfant :

<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père
<input type="checkbox"/> Belle-mère	<input type="checkbox"/> Beau-père
<input type="checkbox"/> 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.

(1) 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](http://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](mailto: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

**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](mailto: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.*