

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS 2020/2021
Accueil périscolaire – Restaurant scolaire
À compléter, signer et à renvoyer à la Mairie

Avant le 26 juin 2020

L'ENFANT	
Nom et prénom* : _____ Date de naissance* : _____ Ecole : <input type="checkbox"/> Maternelle Centre-ville <input type="checkbox"/> Élémentaire Centre-ville <input type="checkbox"/> Peymilou	Adresse* : _____ Code postal* : _____ Ville* : _____ Classe : _____
RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX	
Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom – Prénom* : _____ Date de naissance* : _____ Adresse* : _____ Tél Portable* : _____ Tél Dom* : _____ Professionnel : _____ Employeur* : _____ Mail* : _____	Nom – Prénom* : _____ Date de naissance* : _____ Adresse* : _____ Tél Portable* : _____ Tél Dom* : _____ Professionnel : _____ Employeur* : _____ Mail* : _____
<u>Situation de famille :</u> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Vie maritale/PACS <input type="checkbox"/> Veuf (Ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) ou Séparé(e) (en cas de litige familial joindre une photocopie du jugement)	
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF (*) N° _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Autre régime (*) : _____ N° : _____ (*) sans ces éléments, le tarif le plus élevé sera appliqué automatiquement.	
<u>Assurance extrascolaire</u> Nom : _____ N° : _____ (joindre un justificatif)*	
AUTORISATION PARENTALE*	
J'autorise la diffusion de photos de mon enfant (supports de communication communaux) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non J'autorise mon enfant (à partir de 10 ans) à quitter seul les structures d'accueil le soir : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Personnes autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'absence ou de retard (elles devront être munies d'une pièce d'identité) : Nom : _____ Qualité : _____ Tél. : _____ Nom : _____ Qualité : _____ Tél. : _____	

Je m'engage à appliquer le règlement intérieur des structures périscolaires et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document. Tout changement de situation devra faire l'objet d'un signalement par mes soins auprès du Service Enfance de la Ville.
PRIGONRIEUX, le Signature du responsable légal*

J'accepte que ces données personnelles soient collectées pour le traitement mentionné ci-dessous
La Ville de Prigonrieux recueille et traite les données personnelles de ce formulaire afin de gérer les inscriptions à l'école et sur les différents temps périscolaires.
Ces données sont à destination du maire ou de l'élu en charge des affaires scolaires, des services concernés de la Ville, de la Direction de l'école et du Trésor public.
Elles seront conservées pour une durée de 5 ans et de 10 ans pour les pièces comptables.
Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 25/05/2018 et à la Loi Informatique et Libertés modifiée par la loi du 20 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, à la limitation des traitements, à la suppression des données vous concernant.
Vous pouvez exercer vos droits sur vos propres données et celles des enfants mineurs dont vous êtes responsable en remplissant le formulaire dédié auprès de la Mairie de ABC ou en contactant le délégué à la protection des données aux coordonnées suivantes : ATD 24, 2 place Hoche, 24 000 PERIGUEUX ou dpd.mutualise@atd24.fr. Pour en savoir plus, vous pouvez vous référer à notre politique de protection des données qui vous a été remis avec le formulaire et/ou consultable en mairie et sur le site de la Ville.
Le recueil des données marquées d'un * est obligatoire pour assurer l'accueil et la sécurité de l'enfant à l'école et sur les temps périscolaires.
Le recueil des pièces justificatives et des données de situation financière est obligatoire pour réaliser la facturation du service.
Le recueil du justificatif d'assurance est obligatoire pour assurer les sorties et les activités.
En cas de non fournitures de ces informations l'enfant ne pourra être accueilli au sein de la structure.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020/2021

1- ENFANT

Nom* Prénom*
Date de naissance* Garçon Fille

2- VACCINATIONS

Joindre une **photocopie du carnet de vaccinations*** de l'enfant.
Depuis le 1^{er} janvier 2018, 11 vaccins sont obligatoires.
Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre alors un certificat médical de non contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et établir un protocole d'accueil individualisé.

Quelles maladies l'enfant a-t-il déjà eues ?

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine
 Coqueluche Otite Rougeole Oreillons.

Quelles allergies l'enfant présente-t-il ? (Si *Projet d'Accueil Individualisé*, informer la direction).

Asthme Médicament Alimentation Autre

Préciser éventuellement la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les difficultés de santé de l'enfant (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation, crises convulsives ...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

L'enfant porte :

Des lunettes Des lentilles Des prothèses auditives Des prothèses dentaires Autre

Précisions :

5- MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin : Téléphone :

6- AUTORISATION INTERVENTION

Je soussigné(e), (nom et prénom) responsable légal de l'enfant..... (Nom, prénom de l'enfant), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris hospitalisation et anesthésie générale.

Fait à le signature du responsable légal*