

ENFANT
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
Nationalité :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél.
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :
Numéro CAF :	Numéro CAF :

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Données complémentaires

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Inscription de l'enfant au restaurant scolaire : ☐ oui ☐ non

Allergies	Pratiques Alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Covid		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPh)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque ACWY		
Méningocoque B		
Méningocoque C		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Maladie	Date maladie	Observation

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure, nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche, certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels, autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande, attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1

Responsable 2

Date :

Signature :

Date :

Signature :

Informations relatives à l'utilisation des données à caractère personnel (RGPD)

Les informations recueillies obligatoires dans le présent dossier d'inscription scolaire et périscolaire feront l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions. Peuvent être destinataires des données dans la limite de leurs attributions respectives, le maire, les élus ayant reçu une délégation en ce sens et les agents communaux en charge des affaires scolaires et périscolaires, les directeurs d'établissement scolaire pour ce qui concerne les élèves affectés dans leur établissement, mais également le cadre institutionnel qui les entourent (IEN, DASEN, Médecin scolaire...)

Durée de la conservation des données : elle ne pourra excéder la période de scolarisation de l'élève dans une école de la commune.

Droits de la personne et consentement : conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, ainsi qu'un droit d'opposition que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à la Mairie d'Etrembières. Le consentement exprès lié aux conditions d'usage des informations à l'inscription scolaire et périscolaire pourra être retiré à tout moment.

☐

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD ci-dessus et donner mon consentement.

Fait à Etrembières, le

Signatures :