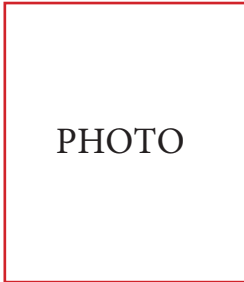


FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2024/2025



* Je consens au traitement de l'image de l'enfant dans le cadre de son inscription**

Mon dossier comprend

Les photocopies

- Justificatifs vaccins
- Attestation d'assurance civile et extrascolaire
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition année N-1
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- Copie du jugement en cas de séparation et de garde alternée

Signature du parent
l'agent

Nom et signature de

Mon enfant fréquentera

- Restauration scolaire
- Accueil de loisirs
- Étude surveillée
- Accueil périscolaire

Informations alimentaires et santé

- Repas ordinaire
- Régime sans viande
- Régime sans porc
- Allergie, prendre contact avec la DSJS

Autres

INFORMATIONS UTILES À L'ACCUEIL ET À LA BONNE PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT

Identité de l'enfant :

NOM* : _____ Prénom* : _____

Date de naissance* : __/__/____ Sexe* : Fille Garçon

École fréquentée* : Charles PERRAULT Antonio VIVALDI Classe* : _____

Autres (appareillages divers : lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires...): _____

Renseignements sur la famille :

1 / Parent / Tuteur-Tutrice

NOM* : _____

Prénom* : _____

Numéro de situation CAF* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Commune* : _____

Courriel* : _____@_____

Téléphone* : _____

2 / Parent / Tuteur-Tutrice

NOM* : _____

Prénom* : _____

Numéro de situation CAF* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Commune* : _____

Courriel* : _____@_____

Téléphone* : _____

Les informations collectées via ce formulaire sont traitées par la Mairie de Saint-Pathus située au 6 rue Saint-Antoine 77178 Saint-Pathus dans le cadre de la pré-inscription de votre enfant aux activités périscolaires & extrascolaires. Les informations font l'objet d'un traitement informatisé, elles sont conservées 1 An et sont uniquement transmises au service municipal scolaire jeunesse et sport. Conformément à la Loi Informatique et Liberté Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits par courrier : Mairie de Saint-Pathus 6 rue Saint-Antoine 77178 Saint Pathus ou par mail : dpo@saint-pathus.fr

* Les informations mentionnées par une (*) sont indispensables au traitement de votre demande

** La photo de l'enfant nous est nécessaire afin d'assurer sa sécurité et de faciliter son identification par les encadrants

Allergies :

L'enfant est-il allergique à certains aliments ou médicaments?

Oui Non

Si oui, une mise en place d'un « Protocole d'Accueil Individuel » pour les enfants allergiques est obligatoire, pour cela prendre contact avec la direction du centre fréquenté par votre enfant :

Contact direction VIVALDI - 01 60 01 54 47 - 06 80 15 72 71 / Contact direction PERRAULT - 06 73 62 07 64

Publication :

- J'autorise mon enfant à être filmé, photographié et autorise la diffusion dans le cadre d'activités municipales.
- J'accepte que les photos et films de mon enfant soient diffusés sur le journal et les brochures de la ville.
- J'accepte que les photos et films de mon enfant soient diffusés sur le site de la ville.
- J'accepte que les photos et films de mon enfant soient diffusés sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram...) de la ville.
- Je n'autorise pas toute forme de diffusion.

Personnes à contacter en cas d'urgence :

1 / Parent / Tuteur-Tutrice

NOM* : _____

Prénom* : _____

Téléphone* : _____

2 / Parent / Tuteur-Tutrice

NOM* : _____

Prénom(s)* : _____

Téléphone* : _____

Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

(plus de 16 ans pour les maternelles, plus de 12 ans pour les élémentaires, merci de penser à informer les personnes qu'une pièce d'identité peut leur être demandée)

Nom	Prénom	Numéro de téléphone	Nom	Prénom	Numéro de téléphone

Autorisation parentale médicale

Je (nous) soussigné(es), agissant en qualité de père, mère, représentant légal (rayer la mention inutile) déclare (déclarons) exact les renseignements portés sur cette fiche et :

- J' (nous) autorise (autorisons) l'équipe de direction de l'ALSH de Saint-Pathus à prendre le cas échéant toutes les mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie...)
- Je (nous) m'engage (engageons) à payer la part des frais de séjour incombant à la famille (frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle...)
- Je (nous) m'engage (engageons) à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel de mon (notre) enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.
- Je (nous) certifie (certifions) que mon (notre) enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et que l'ensemble de ses vaccins est à jour.

Date : __/__/____ Signature des parents ou du représentant légal

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

ED/DSJS/BX/03092024