

« ACCUEIL PERISCOLAIRE-CANTINE » de LES BRESEUX
Fiche de renseignements

Ce questionnaire est à remettre **OBLIGATOIREMENT** avant le 29 juin en mairie

Photo

NOM de l'enfant Prénom
Date de naissance Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
Classe fréquentée
Adresse
.....

Représentants légaux :

Si les parents sont séparés, l'enfant réside (cochez la case)

☐ chez la mère seule ☐ chez le père seul ☐ en résidence alternée

Responsables	Représentant 1	Représentant 2
Nom et Prénom (en majuscule)		
Adresse (à compléter uniquement si l'adresse est différente de celle de l'enfant)		
☎ priorité 1		
☎ priorité 2		
Adresse mail		

Le destinataire des factures sera (à compléter).

Situation de famille :

☐ Marié(e) ☐ Union libre ☐ Pacsé (e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf (ve)

Jugement ou ordonnance fixant l'exercice de l'autorité parentale sur l'enfant ☐ Oui (document à fournir) ☐ Non

Enfants à charge

Nom	Prénom	Date de naissance

Santé

<u>Vaccinations de l'enfant :</u>	1 ^{ère} injection	2 ^{ème} injection	Rappel
DTP, Coqueluche, Haemophilus Influenzae de type B (HIB), Hépatite B			
Méningocoque C			
Pneumocoque			
ROR			

Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les parents) :

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	

Attentions particulières à signaler : antécédents médicaux (allergie ou autre)

.....

.....

.....

Nom et adresse du médecin traitant :	 
--------------------------------------	---

En cas d'accident grave, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris éventuellement l'hospitalisation.

Autorisation parentale (obligatoire) de soigner, d'opérer l'enfant

Je soussigné(e) (NOM) (Prénom)
responsable légal en qualité de père, mère, tuteur¹ donne l'autorisation de soigner, d'opérer,

mon enfant (NOM) (Prénom)
et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer
tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille

Date Signature précédée de la mention :
« Lu et approuvé »

Les autorisations:

Autorisations permanentes pour les sorties des enfants âgés de plus de 6 ans (jour et heure) :
aux jours précisés sur la fiche d'inscription hebdomadaire ou mensuelle

Délégation pour accompagner l'enfant âgé de moins de 6 ans au service périscolaire ou le faire sortir
(uniquement personne majeure) :

Qualité	Nom – Prénom	Adresse		Signature

Consignes particulières :

.....

.....

¹ Barrer les mentions inutiles

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant.....

☐ Accepte que mon enfant soit filmé ou photographié dans un but non commercial et autorise la publication de photos de mon enfant, durant sa durée de présence dans le service, uniquement dans le cadre de :

- ☐ Exposition photos de fin d'année
- ☐ Publication dans le bulletin communal – version Papier
- ☐ Publication sur le site Internet de la commune
- ☐ Publication dans la presse locale

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame, certifie sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements mentionnés sur le présent dossier d'inscription,
- avoir pris connaissance du règlement intérieur, m'engage à le respecter et confirme les autorisations mentionnées dans cette fiche ;
- avoir lu l'article ci-dessus concernant mes données personnelles

Fait à Les Bréseux
Signature de la mère,

Le.....
Signature du père,

Données personnelles :

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 (modifiée en 2004 et 2018) et au Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) : Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, nous vous informons que :

- Les données personnelles recueillies dans le cadre de ce formulaire font l'objet d'un traitement (Art.13 du RGPD) dont la finalité est la gestion du périscolaire de LES BRÉSEUX ;
- Elles sont nécessaires pour l'exécution du contrat ainsi qu'à la sauvegarde des intérêts vitaux de l'enfant concerné (Art 6.1.b et Art 6.1.d du RGPD) ;
- Elles seront conservées durant toute la durée de présence de l'enfant à ce service Multi-accueil ;
- Le Maire de LES BRÉSEUX est responsable du traitement et les destinataires des données collectées par ce formulaire sont les services habilités de la Mairie uniquement (Comptabilité, Périscolaire) ;
- En application des articles 15 et suivants du règlement susmentionné, vous pouvez en vous adressant à la Mairie, bénéficier d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données ou d'une limitation du traitement et le cas échéant le droit à la portabilité de vos données.

Pour faire valoir ces droits, ou pour toute autre demande concernant vos données personnelles, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données au N°TEL 03.81.64.13.23 ou à l'adresse électronique rgpd@adat-doubs.fr

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits concernant vos données personnelles ne sont pas respectés, Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et les Libertés (CNIL).

Sur le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>

Par voie postale : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07