

COMMUNE de VERGT

3, place Charles-Mangold - BP 27

24380

Téléphone : 05 53 54 90 05
Télécopie : 05 53 04 59 89
Courriel : mairie@vergt-perigord.fr



Inscriptions Péri-scolaires 2021/2022

Madame, Monsieur, Chers parents,

Vous souhaitez inscrire votre enfant au restaurant scolaire et au service périscolaire de Vergt. Veuillez compléter ce document et nous le retourner complet **avant le 2 juillet 2021**. Tout dossier incomplet ne sera pas pris en charge.

PIECES OBLIGATOIRES

Inscription aux services annexes (Restaurant Scolaire / Péri-scolaire)

- Fiche d'inscription RESTAURANT SCOLAIRE / ACTIVITES PERISCOLAIRES
- Fiche sanitaire
- Copie du carnet de santé (partie vaccination)
- Copie du livret de famille complet
- Attestation d'assurance responsabilité civile valable pour l'année scolaire (certaines compagnies ne les délivrent qu'en septembre). N'oubliez pas de nous la fournir
- Attestation / Quotient familial délivrée par la CAF ou la MSA pour la tarification modulée (non obligatoire néanmoins). **En cas de non présentation de celui-ci, le tarif maximum sera appliqué. Le Q.F ne sera pris en compte qu'une seule fois en début d'année scolaire.**
- Jugement de divorce
- Autorisation(s) de prélèvement automatique signée + **R.I.B**

* : données obligatoires

COMMUNE de VERGT

3, place Charles-Mangold - BP 27

24380

Téléphone : 05 53 54 90 05

Télécopie : 05 53 04 59 89

Courriel : mairie@vergt-perigord.fr



FICHE D'INSCRIPTION 2021/2022

CLASSE 2020/2021 : _____

ETABLISSEMENT : _____

CLASSE 2021/2022 : _____

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

OUI

NON

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

OUI

NON

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (Recommandé)

OUI

NON

ENFANT*

Nom / Prénom (s)	
Date et lieu de naissance	
Adresse	
Code postal / Ville	
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Nom du médecin traitant	
Prénom du médecin traitant	
	Allergie alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, laquelle.....
	Asthme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	P.A.I <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Autres allergies :

⇒ Les parents dont l'allergie de leur enfant n'a pas encore fait l'objet de l'élaboration d'un Projet d'Accueil Individualisé devront prendre contact avec le (la) Directeur (rice) de l'école et la directrice du périscolaire.

RESPONSABLE(S) *

PERE		MERE	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Code postal		Code postal	
Ville		Ville	
Téléphone personnel		Téléphone personnel	
Téléphone professionnel		Téléphone professionnel	
Mail		Mail	
Profession		Profession	
Adresse employeur		Adresse employeur	
Code postal		Code postal	
Ville		Ville	

AUTORISATION ET CONDITIONS D'ACCUEIL RESTAURANT SCOLAIRE + PERISCOLAIRE*

Personnes majeures ou mineures habilitées à récupérer l'enfant* :

_____ Téléphone __/__/__/__/__
_____ Téléphone __/__/__/__/__
_____ Téléphone __/__/__/__/__
_____ Téléphone __/__/__/__/__

⇒ Aucune autre personne ne sera autorisée à récupérer l'enfant. Sauf exception, envoyer un mail à periscolaire.vergt@gmail.com indiquant le nom et le numéro de téléphone de la personne habilitée

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant
_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et m'engage à signaler toute modification en cours d'année et avoir pris connaissance du
règlement intérieur.

Fait à : _____ le : _____

Signature(s) obligatoire(s) des parents

Autorisations Parentales*

Je (nous) soussigné(s), _____ responsable(s) de l'enfant

AUTORISE(ONT) mon (notre) enfant à pratiquer toutes les activités du périscolaire oui non

AUTORISE(ONT) mon (notre) enfant scolarisé en primaire à quitter l'école seul à l'issue du périscolaire oui non

AUTORISE (ONT) mon (notre) enfant à participer à des sorties pédagogiques quelque soit le moyen de transport sur tous les temps
d'animation (périscolaire) oui non

AUTORISE(ONT) que mon (notre) enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par

Périscolaire oui non

Bibliothèque oui non

AUTORISE(ONT) que les supports où apparaissent mon (notre) enfant soit diffusés sur le site internet de la mairie de
Vergt et divers documents de communication

Périscolaire oui non

Bibliothèque oui non

MONTANT DU QUOTIENT FAMILIAL*

Au / / 2021 _____ €

ENGAGEMENTS PARENTAUX*

Je (nous) soussigné(s), _____

Responsable(s) de l'enfant _____

M'ENGAGE, NOUS ENGAGEONS à respecter les règles de fonctionnement des différentes structures scolaires et périscolaires de la commune de VERGT consignées dans le règlement intérieur délivré le jour de la rentrée scolaire.

M'ENGAGE, NOUS ENGAGEONS à reprendre mon enfant si son comportement est jugé incompatible avec le respect du règlement.

M'ENGAGE, NOUS ENGAGEONS à signer un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) si mon (notre) enfant a un problème de santé qui doit être pris en charge.

M'ENGAGE, NOUS ENGAGEONS à solder les factures des prestations directement à la mairie de Vergt à la date d'échéance.

Fait à : _____

le : _____



Signature obligatoire des parents

A compléter uniquement EN CAS DE SEPARATION OU DIVORCE*

Garde Exclusive PERE MERE

Garde Alternée (compléter deux demandes de prélèvement distinctes avec RIB)

Tarification Restaurant scolaire PERE MERE

Tarification Activités périscolaires PERE MERE

Ou

Semaines Paires PERE MERE

Semaines Impaires PERE MERE

Le parent n'ayant pas la garde, est-il autorisé à récupérer l'enfant : OUI NON

Joindre IMPERATIVEMENT le jugement de divorce

En cas de prélèvement automatique : compléter *obligatoirement* la demande ci-jointe et coller votre RIB ci-dessous :

Coller votre RIB*

Nom de l'élève : _____ Classe : _____

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom et adresse* :	Nom et adresse de votre banque* :

COMPTE A DEBITER	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
IBAN*	MAIRIE DE VERGT 03 PLACE CHARLES MANGOLD 24380 VERGT
BIC*	

Date et signature



Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Nom, prénom et adresse* :	MAIRIE DE VERGT 03 PLACE CHARLES MANGOLD 24380 VERGT

COMPTE A DEBITER	NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
IBAN*	
BIC*	

Date et signature



⇒ **Tout changement de RIB en cours d'année devra être signalé**

**MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

3.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre **une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- > ASTHME Oui Non
- > ALIMENTAIRES Oui Non
- > MEDICAMENTEUSES Oui Non
- > AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre et des éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : **(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

J'accepte que ces données personnelles soient collectées pour le traitement mentionné ci-dessous :

La commune de Vergt recueille et traite les données personnelles de ce formulaire afin de gérer les inscriptions à l'école et aux services de cantine et de périscolaire. Ces données sont à la destination du Maire et de l' élu en charge des affaires scolaires, des services concernés de la commune, 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 la Loi Informatique et Libertés modifiée par la loi du 20/06/2018, 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 contactant le délégué à la protection des données aux coordonnées suivantes : ATD24, 2 place Hoche, 24000 Périgueux ou dpd.mutualise@atd24.fr. Pour en savoir plus, vous pouvez vous référer à notre politique de protection des données ci-annexée.

Politique de protection des données

I/ Objet du traitement

La Mairie de Vergt recueille et traite les données personnelles de ce formulaire afin de procéder à la gestion des inscriptions, au suivi de la présence des enfants, à l'édition d'une liste des enfants inscrits et à la facturation des services. Ce traitement est effectué pour la réalisation d'un service public.

II/ Données traitées

Les catégories de données traitées sont :

- Les données relatives aux représentants légaux de l'enfant : nom, prénom, adresse postale, téléphone, adresse électronique, profession et coordonnées de l'employeur, quotient familial.
- Les données relatives à l'enfant : nom, prénom, date de naissance, renseignements médicaux (vaccinations, allergies, recommandations des parents)
- Les données relatives aux personnes autorisées à venir chercher l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence : nom, prénom, lien de parenté, téléphone.
- Les pièces justificatives nécessaires à l'inscription et à la facturation des services.

Les données sont recueillies auprès du ou des représentants légaux de l'enfant bénéficiaire du service au moment de son inscription.

Le recueil des données marquées d'un * est obligatoire pour assurer l'accueil et la sécurité de l'enfant à l'école et aux services.

Le recueil des pièces justificatives et des données financières est obligatoire pour réaliser la facturation des services.

Le recueil du justificatif d'assurance est obligatoire pour assurer les sorties scolaires et la sécurité de l'enfant au sein des établissements.

En cas de non fournitures de ces informations l'enfant ne pourra être accueilli au sein de la structure.

Ce traitement ne prévoit pas de prise de décision automatisée.

III/ Personnes concernées

Les personnes concernées sont : l'enfant inscrit, les représentants légaux de l'enfant, les personnes autorisées à venir chercher l'enfant.

IV/ Destinataire des données

Les destinataires des données sont les suivants :

- Le Maire et l' élu en charge des affaires scolaires,
- La Direction de l'école et de l'accueil périscolaire,
- Les agents assurant la gestion du service et chargés des opérations administratives et comptables,
- Les supérieurs hiérarchiques de ces personnes,
- Les services du comptable public,
- Les services de l'Etat habilité à exercer un contrôle en la matière (CAF et DDCSPP),
- Les officiers publics ou ministériels.

V/ Transferts des données hors Union Européenne

Les données ne font pas l'objet d'un transfert hors UE.

VI/ Durée de conservation des données

Ces données seront conservées :

- 5 ans pour les demandes d'inscriptions, les listes d'élèves et les fiches administratives,
- 10 ans pour les pièces comptables et le recouvrement.

VII/ Vos droits sur les données vous concernant

Vous pouvez accéder et obtenir une copie des données vous concernant et celles des enfants mineurs dont vous êtes responsable, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer (sauf obligations légales ou besoin d'archivage dans l'intérêt public).

Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour cela le service qui recueille vos données vous informe au préalable du caractère obligatoire ou facultatif de la transmission des informations demandées ainsi que des conséquences si celles-ci ne sont pas fournies.

VIII/ Exercer vos droits

Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez vous adresser à l'ATD 24, notre délégué à la protection des données, située 2 Place Hoche, 24000 Périgueux, ou à l'adresse suivante dpd.mutualise@atd24.fr.

Pour répondre à votre demande nous pourrions vérifier votre identité et vous demander, si nécessaire, davantage d'informations car vous seul pouvez exercer vos droits sur les données qui vous sont propres et celles des enfants mineurs dont vous êtes responsable.

Les services mentionnés s'efforceront de vous répondre dans les meilleurs délais, et au plus tard 1 mois à compter de la réception de la demande. Cependant, ils ont la possibilité de prolonger ce délai d'un mois supplémentaire en fonction de la complexité et du nombre de demandes.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL : <https://cnil.fr/fr/plaintes>.

ATTESTATION QUOTIENT FAMILIAL

COLLER ICI