MAIRIE d'ETEL-Dossier Unique

Accueil Périscolaire (Garderie) & Restauration Scolaire
Accueil de Loisirs Extrascolaire (« Vac'Loisirs » 10-14 ans)
Séjours de Vacances

Renseignements Administratifs

Votre enfant

Nom : …… Prénom(s) : ……
Date et lieu de naissance : ……
Adresse de l'enfant : ……
Code Postal : …… Commune : ……

A remplir uniquement pour les enfants scolarisés aux Ecoles d'Etel
Ecole Publique de la Barre ☐ / Ecole Privée Sainte Anne ☐
Classe : (En septembre) PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Représentants légaux de l'enfant (A remplir obligatoirement)

1 Nom : …… Prénom(s) : ……
Profession : ……
Autorisé à prendre l'enfant : OUI ☐ NON ☐
Téléphone(s) Domicile :…… Portable : …… Travail : ……
Adresse Mail : ……© ……

2 Nom : …… Prénom(s) : ……
Profession : ……
Autorisé à prendre l'enfant : OUI ☐ NON ☐
Téléphone(s) Domicile :…… Portable :…… Travail : ……
Adresse Mail : ……© ……

Situation familiale des parents Marié ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Union Libre ☐ Pacsé ☐ Autre ☐

Allocataire des Prestations Familiales

Nom de l'organisme des Prestations Familiales (caf, msa, autres) : ……
Numéro Allocataire : …… Nom – Prénom de l'allocataire : ……
(Sans indication de votre numéro allocataire, le tarif de la tranche la plus haute sera appliqué automatiquement)

Paiement / Facturation

Prélèvement Automatique : Oui ☐ Non ☐
Payeur de l'Activité : Nom…… Prénom : ……
Joindre 1 RIB uniquement si première demande ou modification de coordonnées bancaires.
Un mandat de prélèvement vous sera expédié. Vous devrez le signer et en faire retour auprès de notre service.

Inscription

*Restaurant scolaire : Oui ☐ Non ☐
Si oui, fréquentation Régulière ☐ Occasionnelle ☐ (Prévenir 48h à l'avance)

Si fréquentation régulière, merci de cocher les jours de présence de votre enfant :
LUNDI☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI ☐

Autorisations spécifiques

* *Autres personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant à la fin des activités ou à prévenir en cas d'urgence :*
1- Nom : …… Prénom(s) : ……
Lien avec l'enfant : ……
Adresse : ……
Téléphone(s) Domicile : …… Portable :…… Travail : ……

2- Nom : …… Prénom(s) : ……
Lien avec l'enfant : ……..
Adresse : ……
Téléphone(s) Domicile :…… Portable :…….. Travail : ……..

Si une autre personne vient chercher votre enfant à titre exceptionnel, merci de vous munir d'une autorisation écrite de votre part

*Autorisation de l'enfant à partir seul à la fin des activités : oui ☐ / non ☐
*Autorise les services à reproduire des photos de mes enfants dans le cadre des activités extrascolaires et périscolaires de la mairie à des fins de communication pour la Municipalité et la presse: oui ☐ / non ☐

Renseignements Médicaux

↳ Nom du médecin traitant : ……Téléphone :……
* Observations médicales particulières (Allergies : joindre un certificat médical et pour les autres maladies graves mise en place d'un Plan d'Accueil Individualisé PAI …) :
……
……
* L'enfant prend-il régulièrement des médicaments : oui ☐ / non ☐
Si oui, lesquels (fournir l'ordonnance si médicaments lors de l'accueil) ?
……
……
Toute modification de l'état de santé de l'enfant doit être signalée au Service Jeunesse dans les plus brefs délais.

Décharge de responsabilités

Ayant pris connaissance du fonctionnement des services et de son règlement intérieur, je soussigné(e)……
……responsable légal de l'enfant…… :

1. ***Autorise*** mon enfant à participer aux différentes activités extrascolaire (prestataires extérieurs et transports) et périscolaire.
2. ***Décharge*** l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait subvenir en dehors des heures de fonctionnement des activités auquel votre enfant est inscrit. La prise en charge des enfants se termine dès la fin des activités. Les parents sont donc responsables de leur surveillance dès la fin de celles-ci. Ils devront donc être présents si l'enfant ne rentre pas seul.
3. ***Autorise*** l'organisateur à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et à donner son accord pour une anesthésie lors d'une intervention chirurgicale.
4. ***M'engage*** à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
5. ***Déclare*** que mon enfant est couvert par une responsabilité civile individuelle et/ou familiale.
6. ***Atteste*** que les vaccinations de mon enfant sont à jour.
7. ***Autorise*** l'organisateur à consulter mon quotient familial sur CAF Mon compte partenaire.
8. ***Certifie*** exact tous les renseignements portés sur cette feuille et avoir pris connaissance du règlement intérieur des services utilisés.

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé » : A ……, Le ……

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie d'ETEL, en sa qualité de responsable de traitement, pour la gestion du périscolaire (garderie et restauration scolaire) et de l'extrascolaire.
Les bases légales de ce traitement sont l'obligation légale et la mission d'intérêt public.
Vos données sont conservées pendant toute la durée nécessaire à la réalisation de la finalité du traitement, augmentée des éventuelles obligations légales. Elles sont hébergées en France.
Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires concernés par le traitement, et légalement habilités.
Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel entré en vigueur le 25 mai 2018 et à la loi 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez accéder aux données vous concernant, et demander leur rectification ou leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime.
Vous pouvez exercer ces droits directement auprès du Responsable de traitement, ou de son Délégué à la protection des données à l'adresse : informatique@mairie-etel.fr