

Renseignements Responsables Légaux

Responsable N°1

Responsable N°2

Nom		
Prenom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Tél. Portable (obligatoire)		
Tél. Fixe		
E-mail (obligatoire)		
Adresse complète		
Profession		
Employeur		
Tél. Employeur		
N°allocataire CAF/MSA		

► Les numéros de téléphone fournis sur ce dossier seront communiqués à la cellule de gestion des risques majeurs de la commune de résidence et d'Alès Agglomération et utilisés pour les vigilances météo ou tout autre risque majeur.

► Pour la sécurité de l'enfant, dans le cas d'une séparation ou d'un divorce des parents ou d'une décision judiciaire, veuillez préciser les personnes **ne pouvant pas avoir de contact** (physique ou téléphonique) **avec l'enfant** :

.....

Pour toute prise en compte, produire le justificatif ou la décision légale.

► Les informations et les facturations sont systématiquement adressées par mail à l'adresse du responsable n°1 indiqué dans le dossier. Le cas échéant, il lui appartiendra de faire suivre la facture aux personnes concernées.

RENSEIGNEMENTS ENFANT(S)

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

Enfants	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
NOM
PRENOM
DATE DE NAISSANCE
LIEU DE NAISSANCE
Nom de l'école
Préciser la classe (pour 2024/2025)
Ecole maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole élémentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REGIME ALIMENTAIRE

Repas traditionnel quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas végétarien quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas végétarien les jours de viande porcine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant et téléphone :

Allergie ou régime alimentaire médicalement constatés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :
Votre enfant a-t-il un PAI ou Accueil Individualisé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui je m'engage à mettre en place le PAI				
Votre enfant suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez
Votre enfant est-il en situation de handicap ou porteur de troubles ? Si oui, précisez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Aucun médicament ne pourra être administré

AUTORISATIONS PARENTALES

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
NOM
PRENOM

PARTICIPATION - A toutes les activités et sorties

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités (culturelles, ludiques, sportives...) ou sorties proposées par la structure sous la responsabilité d'un animateur ou du responsable.

J'autorise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'autorise pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour toute sortie hors du cadre horaire, une autorisation spécifique sera demandée.

BAIGNADE

J'autorise mon enfant à se baigner sur la structure et / ou sur les lieux de sorties prévues.

J'autorise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'autorise pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'il existe une interdiction de baignade ou une contre indication merci de préciser lesquelles :

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la commune de Saint-Privat des Vieux à publier des photographies, des vidéos de mon enfant dans le cadre des activités de la structure sur tout support, sans que la responsabilité de la commune de Saint-Privat des Vieux ne puisse être recherchée à ce sujet.

J'autorise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'autorise pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRANSPORT COLLECTIF

J'autorise mon enfant à se déplacer en transport collectif pour se rendre sur les lieux de sorties.

J'autorise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'autorise pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'il existe une contre indication merci de préciser laquelle :

RENTRE SEUL

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à la fin des activités et / ou du transport (10 ans ou plus).

J'autorise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'autorise pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTACTS D'URGENCE

Personnes majeures à contacter en cas d'urgence et autorisées à récupérer l'enfant (en dehors des parents). 3 personnes max. Attention, l'enfant sera confié uniquement aux personnes mentionnées ci-dessous, sur présentation d'une pièce d'identité.

Nom	Prénom	Qualité	Date de naissance	Lieu de naissance	Tél. portable
.....
.....
.....

Ce document est confidentiel.

Seule l'équipe de direction et la personne en charge du suivi des enfants sont autorisées à le lire. Si elles le jugent nécessaire, elles peuvent avertir le personnel d'animation ou le personnel de cuisine de certaines dispositions particulières (ex. allergie alimentaire, coordonnées des représentants légaux...)

Si l'enfant a une allergie ou un régime alimentaire particulier, nous vous conseillons vivement de lister les aliments interdits et les aliments autorisés, et de mettre en place un PAI.

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

Avant l'admission définitive de l'enfant, les parents doivent fournir **les photocopies des pièces** listées ci-dessous pour finaliser le dossier d'inscription.

- Livret de famille ou acte de naissance avec filiation complète de moins de 3 mois
- Jugement concernant la garde des enfants si séparation des parents.
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'eau, d'électricité ou de téléphone).
- 1 photo d'identité récente de l'enfant (écrire le nom et le prénom de l'enfant au dos de la photo).
- Attestation CAF / MSA
- 1 RIB (pour la première mise en place du prélèvement automatique)
- Copie du carnet de santé (page vaccination) ou certificat de vaccination
- L'annexe protection des données.

*Les pièces et les dossiers sont valables uniquement pour l'année scolaire en cours.
Tout dossier incomplet sera retourné à la famille.*

DISPOSITIONS DECLARATIVES

Je soussigné(e) Mme, Mr.

Père

Mère

J'autorise les services compétents à communiquer avec moi par adresse électronique sur la bonne tenu du dossier scolaire.

Je m'engage à communiquer tout changement relatif aux renseignements indiqués dans ce dossier.

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs spécifiques à chaque activité (restauration scolaire, accueil périscolaire...). Ces règlements sont disponibles sur le site de la commune: www.ville-saint-privat-des-vieux.com

Je déclare l'exactitude des renseignements portés à la connaissance du service en charge d'instruire et enregistrer les présents renseignements.

Je déclare avoir pris en compte que les responsables de la structure prendront toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence ou d'accident grave pouvant entraîner une hospitalisation de mon (mes) enfant(s).

En donnant mon RIB, j'autorise la régie de la commune de Saint-Privat-des-Vieux à mettre en place le prélèvement automatique pour le paiement des factures de restauration scolaire et de garderie périscolaire (prélèvement effectué entre le 15 et le 20 du mois).

Fait à le...../...../.....

SIGNATURE DU OU DES REPRESENTANT(S) LEGAL (AUX)
Mention «Lu et approuvé»

RESPONSABLE 1

RESPONSABLE 2



Mairie de Saint-Privat des Vieux
Place de la Mairie
30340 Saint-Privat des Vieux
04 66 86 10 02
accueil@stprivatdesvieux.com



RENSEIGNEMENTS ENFANT(S)

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

Écrire en noir et en lettres CAPITALES

NOM

.....
-------	-------	-------	-------

PRENOM

.....
-------	-------	-------	-------

DATE DE NAISSANCE

.....
-------	-------	-------	-------

Saint-Privat des Vieux accorde une importance majeure à la protection de vos données à caractère personnel et s'engage donc à ce que leur collecte, leur traitement et leur conservation soient conformes au Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (règlement UE 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016) et à la loi Informatique et Libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à la loi informatique, aux fichiers et aux libertés).

Les données à caractère personnel que nous collectons nous permettent d'assurer nos missions de service public et de vous servir au mieux de vos attentes. La collecte de vos données à caractère personnel est limitée au strict nécessaire. Nous les traitons avec la plus grande attention et le plus grand respect. Une fois recueillies, avec votre consentement, vos données à caractère personnel sont traitées au moyen de protocoles informatiques sécurisés.

Les données à caractère personnel que nous convertissons sont stockées et traitées sur nos serveurs informatiques, au moyen d'applications professionnelles vérifiées, et garanties conformes au RGPD par leurs éditeurs. Nous prenons les mesures physiques, techniques et organisationnelles utiles pour empêcher dans la mesure du possible, toute violation des données à caractère personnel.

Nous conservons vos données à caractère personnel pour la durée nécessaire au respect des dispositions légales et réglementaires applicables.

Saint-Privat des Vieux vous informe que vous disposez :

- ▶ d'un droit d'accès aux données que nous traitons et qui vous concernent,
- ▶ d'un droit d'opposition au traitement des données qui vous concernent,
- ▶ d'un droit de rectification des données qui vous concernent,
- ▶ d'un droit à l'effacement (ou droit à l'oubli) des données qui vous concernent,
- ▶ d'un droit à la limitation du traitement des données qui vous concernent,
- ▶ d'un droit à la portabilité des données qui vous concernent,
- ▶ d'un droit d'opposition aux décisions individuelles automatisées et profilage,
- ▶ d'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle eu égard aux données qui vous concernent.

Pour toute information ou exercice de vos droits RGPD et Informatique et Libertés sur les traitements de données personnelles, vous pouvez nous contacter :

Mairie de Saint-Privat des Vieux
Place de la Mairie
30340 Saint-Privat des Vieux

Par courriel accompagné de la copie numérique d'un titre d'identité :
mairie@stprivatdesvieux.com

Une réponse vous sera communiquée dans un délai d'un mois. En cas de demande complexe ou d'un nombre élevé de demandes à traiter, nous pourrions être amenés à vous informer que le délai de base sera prolongé d'un mois. La copie physique ou numérique du titre accompagnant nécessairement toute demande et visant à prouver l'identité du requérant sera détruite à l'issue du traitement du dossier.

Vous disposez par ailleurs, du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), notamment sur son site internet www.cnil.fr

Fait à..... le...../...../.....

SIGNATURE DU OU DES REPRESENTANT(S) LEGAL (AUX)
Mention «Lu et approuvé»