

**Fiche de renseignements 2021.2022**  
**Espace « 1013 »**

A remettre au Service Enfance/Jeunesse/Education. Aucun dossier ne sera pris en compte sans ce document.

**NOM de l'Enfant :** ..... **PRENOM :** .....  
**ADRESSE :** .....  
.....  
**DATE de NAISSANCE :** ..... **Garçon :**  **Fille :**   
**Ecole :** ..... **Niveau :** .....

**1°-VACCINATIONS OBLIGATOIRES :** DT Polio (Diptérie-Tétanos-Poliomyélite)

(Fournir la photocopie des vaccins / si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)

**2°- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT :**

- Votre enfant présente-t-il une pathologie chronique ou aigüe en cours ?    oui  non
- Votre enfant suit-il un traitement médical ?    oui  non
- Si oui, fournir un certificat médical ou un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)
- Votre enfant présente-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux, ou autres éléments d'ordre médical susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil ?    oui  non
- Merci de préciser ou de fournir un certificat médical de non contre-indication si besoin :  
.....
- Votre enfant fait-il l'objet d'une reconnaissance de la part de la MDPH ?    oui  non
- (Merci de joindre un justificatif)

**Régimes Spécifiques – Allergies- Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)**

Allergie Alimentaire (1)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Merci de préciser : ..... Votre enfant bénéficie-t-il déjà d'un PAI ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergie Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : .....

**(1)** Si votre enfant présente une allergie alimentaire, un **protocole d'accueil individualisé** doit être signé entre le prestataire de restauration scolaire, la Municipalité et les parents avec un avis du médecin. Merci de prendre contact avec le service Enfance/Jeunesse/Education pour que le formulaire vous soit envoyé. Tél : 02.40.97.36.24

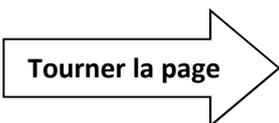
**3°- FAMILLE DE L'ENFANT :**  Marié  Pacsé  Vie maritale  Célibataire/Veuf

**COMPOSITION DU FOYER**

LIEN AVEC L'ENFANT : .....  
NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
TEL. FIXE : .....  
PORTABLE : .....  
TEL. TRAVAIL : .....  
EMAIL : .....

LIEN AVEC L'ENFANT : .....  
NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
TEL. FIXE : .....  
PORTABLE : .....  
TEL. TRAVAIL : .....  
EMAIL : .....

(Email utilisé pour le portail famille)



**Représentants légaux** (Parents) si séparés ou divorcés fournir une copie du jugement de divorce.

PARENT 1 : ..... PARENT 2 : .....

Autorisation pour l'autre parent de récupérer l'enfant :  oui  non

Garde alternée :  oui  non (1 dossier à faire pour chaque parent)

Semaine impaire  Semaine paire

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE OBLIGATOIRE (Fournir l'attestation)**

Compagnie : ..... Lieu : ..... N° de police : .....

**4°- PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT**

**(Autres adultes du foyer) :**

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

**5°-AUTORISATION A QUITTER LA STRUCTURE :**

Espace « 1013 » (CM2/6<sup>ème</sup>/5<sup>ème</sup>) :  J'autorise mon enfant à quitter seul la structure à .....h.....  Je n'autorise pas

**6°-AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION MEDICALE ET/OU CHIRURGICALE :**

Sous réserve d'en être informé le plus rapidement possible, **Nous**, .....

autorisons  n'autorisons pas le service Enfance /Jeunesse/Education à prendre toute décision nécessaire en cas d'urgence en notre absence, y compris le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (SAMU, Pompiers) pour que puisse être pratiquée, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, sur notre enfant.

**7°-AUTORISATION DE TRANSPORT :**

J'autorise  Je n'autorise pas les animateurs des centres de loisirs à transporter mon enfant en minibus (sortie) dans le respect de la législation en vigueur.

**8°-DROIT A L'IMAGE :**

J'autorise la ville du Pellerin à utiliser les photographies où mon enfant apparaît afin d'illustrer les supports municipaux d'information et de communication.

**Support papier MAIRIE**  oui  non **Support web MAIRIE**  oui  non

Nous, soussignés....., déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**L'utilisation de nos services est soumise à l'acceptation du règlement intérieur des accueils périscolaires et centres de loisirs gérés par la Ville du Pellerin, disponible sur [www.ville-lepellerin.fr](http://www.ville-lepellerin.fr).**

Date : ...../...../.....

Signatures :

Nom de l'allocataire : .....

Nom et prénom de l'enfant concerné : .....

L'espace « 1013 » est facturé en fonction de votre quotient familial connu à la date d'inscription.

Pour se faire, merci de nous communiquer votre numéro d'allocataire ou de MSA.

Si vous n'êtes ni allocataire CAF, ni MSA ou que vous nous refusez l'accès à CAF.fr, merci de nous fournir la copie du dernier avis d'imposition ainsi que le dernier décompte des prestations familiales.

Sans ces documents, les services utilisés vous seront facturés au tarif maximal.

**REGIME DE LA PERSONNE A FACTURER :**

CAF de L.A  N° d'allocataire : QUOTIENT FAMILIAL :

MSA  N° d'allocataire : QUOTIENT FAMILIAL :

Autorisez-vous le service Enfance/Jeunesse/Education à accéder au site CAF.fr pour prendre connaissance de votre quotient familial.  OUI  NON

**NOM(S) PRENOM(S) et ADRESSE de la (des) personnes(s) à facturer :**



Conformément à la loi « informatique et libertés », les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La mairie du Pellerin représenté par **Le Maire (accueil@ville-lepellerin.fr)** pour la gestion des accueils de Loisirs. La base légale du traitement est de 2 ans.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Responsable d'accueil de Loisirs.

Les données sont conservées pendant 10 ans comme le stipule le code du commerce.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données à tout moment.

Pour plus d'informations sur vos droits, consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr).

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter (**Responsable du service Enfance Jeunesse Éducation, [enfancejeunesse@ville-lepellerin.fr](mailto:enfancejeunesse@ville-lepellerin.fr)**).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectées, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Date : ...../...../.....

Signatures :