



Pour que le dossier puisse être accepté et enregistré, TOUTES les lignes doivent être renseignées et les documents à joindre fournis.

1. ENFANT

NOM : Prénom(s) :
Né(e) le : lieu de naissance : Sexe :

2. SCOLARITE

École Fontaine Guérin Le Tertre à Brion Ste Thérèse à Brion
 Le Bois Milon à St Georges du Bois Autre commune :

Classe : Si inscription scolaire, rentrée de l'enfant prévue en :

3. RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

En cas de séparation, le responsable légal 2 est obligatoire dans les données.

Toute autre personne devra être nommée dans la feuille suivante en tant que CONTACTS.

	RESPONSABLE LEGAL 1 (Père-mère-tuteur) PAYEUR DES ACTIVITES	RESPONSABLE LEGAL 2 (Père-mère-tuteur) OBLIGATOIRE
NOM / Prénom(s) :	.....	.....
Situation Matrimoniale :	<input type="checkbox"/> Concubin(e) - <input type="checkbox"/> Marié(e) - <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) - <input type="checkbox"/> Divorcé(e) - <input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Concubin(e) - <input type="checkbox"/> Marié(e) - <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) - <input type="checkbox"/> Divorcé(e) - <input type="checkbox"/> Célibataire
Téléphone Fixe :	.....	.....
Téléphone Port. :	.....	.....
Courriel :	Obligatoire :	Facultatif :
Adresse :	..... ..... .....	..... ..... .....
Assurance :	Nom : N° police :	
Profession :	.....	.....
Employeur :	.....	.....
Téléphone Pro. :	.....	.....
Régime social :	<input type="checkbox"/> CAF - <input type="checkbox"/> M.S.A N° allocataire Quotient familial	
Facturation :	Prélèvement automatique : <input type="checkbox"/> Oui * <input type="checkbox"/> Non	

**Joindre un RIB dans le cas de la mise en place du prélèvement automatique.
Un document SEPA vous sera remis. Il sera à renvoyer signé au Service*



4. CONTACTS (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LEGAUX)

- **NOM / Prénom** : Téléphone Port. :
 - **Adresse** : Téléphone Fixe :
 -
 - Lien avec l'enfant :

Autorisé à (cocher la (les) case(s)) : Venir chercher l'enfant Être informer en cas de problème

- **NOM / Prénom** : Téléphone Port. :
 - **Adresse** : Téléphone Fixe :
 -
 - Lien avec l'enfant :

Autorisé à (cocher la (les) case(s)) : Venir chercher l'enfant Être informer en cas de problème

- **NOM / Prénom** : Téléphone Port. :
 - **Adresse** : Téléphone Fixe :
 -
 - Lien avec l'enfant :

Autorisé à (cocher la (les) case(s)) : Venir chercher l'enfant Être informer en cas de problème

- **NOM / Prénom** : Téléphone Port. :
 - **Adresse** : Téléphone Fixe :
 -
 - Lien avec l'enfant :

Autorisé à (cocher la (les) case(s)) : Venir chercher l'enfant Être informer en cas de problème



5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX PERMETTANT D'ETABLIR LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

Autorisation d'hospitalisation : Oui Non

Lieu d'hospitalisation souhaité :

Porteur de handicap : Oui Non

Mouille son lit : Oui Non

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

L'enfant dispose-t-il d'un PAI : Oui Non

Si oui, selon l'article 10 du règlement intérieur du fonctionnement des structures d'accueil périscolaire

Aucun traitement ne peut être administré, sauf dans le cas d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), établi préalablement à l'inscription et renouvelable chaque année.

Aucun enfant n'est autorisé à introduire et à prendre un médicament dans les locaux du service. Le représentant légal d'un enfant devant suivre un traitement médical doit demander au médecin traitant un traitement tenant compte des contraintes du service.

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Autres : Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**

.....

.....

.....

Le mineur présente-t-il un point de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations, des précautions à prendre ? (Port d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés particulières...)

.....

.....

.....

.....



VACCINATIONS (photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé **Obligatoires**)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	VACCINS RECOMMANDÉS	oui	non
DTPC (Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche), Haemophilus influenza B et hépatite B			BCG		
Pneumocoque					
Méningocoque					
ROR (rougeole, oreillons, rubéole)					
Hépatite B			Autres (préciser) :		

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-vaccination.

6. AUTORISATIONS

Sur l'accueil périscolaire et à la restauration scolaire, les lundis, mardis, jeudis et vendredis, j'autorise mon enfant :

- à **quitter seul** le service périscolaire du lundi, mardi, jeudi et vendredi soir : Oui Non
- à être transporté en véhicule de service (rapatriement) : Oui Non

Sur l'accueil périscolaire du mercredi, j'autorise mon enfant

- à **quitter seul** l'accueil de loisirs du mercredi : Oui Non
- à participer aux activités, même hors de la commune : Oui Non
- à participer aux baignades surveillées dans le cadre d'une activité : Oui Non
- à être transporté car de location : Oui Non
- à être transporté en véhicule de service (rapatriement) : Oui Non

7. AUTORISATION DE REPRESENTATION ET REPRODUCTION DE L'IMAGE

- à être pris en photo sur les temps périscolaires - Droit à l'image : Oui Non

Je soussignéreprésentant légal de :
 autorise les services municipaux à photographier mon enfant dans le cadre des activités péri et extrascolaire, et à publier les photos et vidéo sur les différents supports de communication de la commune des BOIS D'ANJOU : journal municipal, dépliant, flyer, presse, site internet de la ville. Cette autorisation est consentie à des fins exclusives d'information.



8. PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- Photocopie des deux pages vaccinations du carnet de santé
- Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire de l'année en cours
- En cas de séparation, photocopie du jugement et calendrier des gardes alternées
- Justificatif du quotient familial daté de moins de 3 mois (*En l'absence de votre numéro d'allocataire, il vous sera appliqué le quotient familial le plus fort*)

Dans le cadre d'une **inscription scolaire uniquement**, il vous faudra ajouter :

- Une copie du livret de famille (un acte de naissance de moins de trois mois si l'enfant est en famille d'accueil)
- Un justificatif de domicile

*Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant.....
déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise les agents du service enfance jeunesse en lien avec le responsable de service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. En cas d'urgence, il appartient au responsable de service de prévenir le samu-centre 15 qui orientera et organisera le transport de l'enfant vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté.*

Fait à : Date :

Signature précédée de « lu et approuvé » du (ou des) responsable(s) légal(aux) :

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par le service enfance jeunesse afin de répondre à une mission d'intérêt public. Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé pour la préparation et la gestion des temps scolaires, péri et extrascolaires, et notamment le « portail famille » mis à disposition par la société Arpège accessible depuis le site Internet de la commune. Ces données sont conservées pendant la durée de la scolarité de l'élève dans l'établissement et durant les 10 années qui suivent la fin de cette scolarité. Les informations vous concernant ainsi que votre enfant ne sont transmises qu'aux seules personnes en charge du traitement de la présente autorisation. Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez d'un droit à l'effacement concernant l'image/la voix enregistrée et utilisée dans le cadre décrit ci-dessus. Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@boisdanjou.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : 3 place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.