

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

SERVICE PERISCOLAIRE & ACCUEIL DE LOISIRS

Année Scolaire : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de réception  
du dossier :  
..... / ..... / .....

L'inscription ne sera prise en compte que si le dossier est **complet** et si la présente fiche est **ENTIÈREMENT remplie**

## DEMANDE D'INSCRIPTION A PARTIR DU \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ POUR :

ENFANTS INSCRITS	DATE DE NAISSANCE	INSCRIPTION	MODALITES
NOM : ..... Prénom : ..... Classe à la rentrée : .....		<input type="checkbox"/> AU PERISCOLAIRE (jours d'école) <input type="checkbox"/> EN ALSH (mercredi / vacances)	<input type="checkbox"/> A l'année <input type="checkbox"/> Au mois <input type="checkbox"/> A la semaine <input type="checkbox"/> Occasionnellement
NOM : ..... Prénom : ..... Classe à la rentrée : .....		<input type="checkbox"/> AU PERISCOLAIRE (jours d'école) <input type="checkbox"/> EN ALSH (mercredi / vacances)	<input type="checkbox"/> A l'année <input type="checkbox"/> Au mois <input type="checkbox"/> A la semaine <input type="checkbox"/> Occasionnellement
NOM : ..... Prénom : ..... Classe à la rentrée : .....		<input type="checkbox"/> AU PERISCOLAIRE (jours d'école) <input type="checkbox"/> EN ALSH (mercredi / vacances)	<input type="checkbox"/> A l'année <input type="checkbox"/> Au mois <input type="checkbox"/> A la semaine <input type="checkbox"/> Occasionnellement
NOM : ..... Prénom : ..... Classe à la rentrée : .....		<input type="checkbox"/> AU PERISCOLAIRE (jours d'école) <input type="checkbox"/> EN ALSH (mercredi / vacances)	<input type="checkbox"/> A l'année <input type="checkbox"/> Au mois <input type="checkbox"/> A la semaine <input type="checkbox"/> Occasionnellement

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS / REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Quotient Familial : ..... N° Allocataire CAF / MSA .....  Besançon  Montbéliard

<b>PÈRE</b>  <i>ou représentant légal</i>	Nom - Prénom :	Employeur :  N° tel de l'employeur : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
	Adresse :	
	Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	
	Mail :	

<b>MÈRE</b>  <i>ou représentant légal</i>	Nom - Prénom :	Employeur :  N° tel de l'employeur : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
	Adresse :	
	Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	
	Mail :	

**CONTACTS PRIORITAIRES EN CAS D'URGENCE\* : au moins un numéro de téléphone JOIGNABLE POUR LES URGENCES obligatoire**  
Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>ADRESSE DE FACTURATION</b>	Nom - Prénom :
	Adresse :

<b>PERSONNE A CONTACTER</b> <i>(autre que les parents)</i>	Nom - Prénom : .....	Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
	Adresse :	

<b>PERSONNE MAJEURE AUTORISÉE À REPRENDRE LES ENFANTS</b> <i>(autre que les parents)</i>	Nom - Prénom : .....	Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
	Adresse :	

Toute personne autorisée à reprendre les enfants devra être en mesure de présenter une pièce d'identité.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LES ENFANTS**

PRÉNOM DE L'ENFANT	ALLERGIE OU SITUATION MÉDICALE ? *	ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT						
		<b>L'enfant a-t-il effectué les vaccins suivants ?</b> (précisez la date du dernier rappel)						
		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="568 398 727 510"><b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="727 398 887 510"><b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="887 398 1046 510"><b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1046 398 1206 510"><b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1206 398 1366 510"><b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1366 398 1535 510">Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> </tr> </table>	<b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_
		<b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	
		<b>L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</b>						
		Rubéole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Varicelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Scarlatine : <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    Oreillons : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Angine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Rhuma. artic : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non								
		<b>L'enfant a-t-il effectué les vaccins suivants ?</b> (précisez la date du dernier rappel)						
		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="568 712 727 824"><b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="727 712 887 824"><b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="887 712 1046 824"><b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1046 712 1206 824"><b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1206 712 1366 824"><b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1366 712 1535 824">Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> </tr> </table>	<b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_
		<b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	
		<b>L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</b>						
		Rubéole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Varicelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Scarlatine : <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    Oreillons : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Angine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Rhuma. artic : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non								
		<b>L'enfant a-t-il effectué les vaccins suivants ?</b> (précisez la date du dernier rappel)						
		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="568 1025 727 1137"><b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="727 1025 887 1137"><b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="887 1025 1046 1137"><b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1046 1025 1206 1137"><b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1206 1025 1366 1137"><b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1366 1025 1535 1137">Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> </tr> </table>	<b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_
		<b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	
		<b>L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</b>						
		Rubéole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Varicelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Scarlatine : <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    Oreillons : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Angine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Rhuma. artic : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non								
		<b>L'enfant a-t-il effectué les vaccins suivants ?</b> (précisez la date du dernier rappel)						
		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="568 1339 727 1451"><b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="727 1339 887 1451"><b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="887 1339 1046 1451"><b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1046 1339 1206 1451"><b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1206 1339 1366 1451"><b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> <td data-bbox="1366 1339 1535 1451">Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_</td> </tr> </table>	<b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_
		<b>BCG</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>ROR</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>DT Polio</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Hépatite B</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	Autre : ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non _/_/_/_	
		<b>L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</b>						
		Rubéole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Varicelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Scarlatine : <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    Oreillons : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Angine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Rhuma. artic : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non								

\* Précisez les difficultés de santé de l'enfant (allergies, prothèse, maladie chronique, précautions à prendre...)

**POUR CHAQUE ALLERGIE OU SITUATION MEDICALE, UNE FICHE P.A.I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) DEVRA ETRE COMPLETEE PAR LES PARENTS ET VALIDEE PAR LE MÉDECIN TRAITANT. L'ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCUEILLI AU PERISCOLAIRE NI EN ALSH SANS L'ACCORD PREALABLE DE LA MAIRIE.**

La municipalité ne sera pas tenue responsable de tout incident entraîné ou aggravé par une situation médicale non signalée, communiquée tardivement ou de manière incomplète. *Ne pas oublier de mettre à jour tout changement.*

**COORDONNEES DU MÉDECIN TRAITANT :**

Docteur : ..... Téléphone : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Adresse : .....

## ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE

*L'accueil périscolaire / ALSH est conditionné à la souscription d'une assurance extra-scolaire comprenant une garantie responsabilité civile, qui couvre vos enfants en cas de dommages causés à autrui, et une garantie accidents de la vie, qui couvre vos enfant s'il est lui-même victime de dommages.*

Nom de l'organisme : ..... Numéro d'adhérent : .....

Adresse : .....

..... Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse mail : .....

## DROITS A L'IMAGE

### **Cocher selon votre choix :**

- J'autorise le personnel à prendre occasionnellement mes enfants en photo à l'occasion des activités de groupe en vue de figurer dans quelconques revues (bulletin municipal, journaux régionaux) et sur le site internet de la commune dans le but de promouvoir le service ou de rendre compte de ses activités auprès de la population à l'exclusion de toute autre utilisation.
- Je n'accepte pas que mes enfants soient pris en photo et puissent figurer dans tout support papier, informatique ou numérique.

## PROTECTION DES DONNEES

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 (modifiée en 2004 et 2018) et au Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD), soit le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, nous vous informons que :

- Les données personnelles recueillies dans le cadre de ce formulaire font l'objet d'un traitement (Art.13 du RGPD) dont la finalité est la gestion du périscolaire et de l'accueil de loisirs (ALSH) de Damprichard ;
- Elles sont nécessaires pour l'exécution du contrat, ou nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de l'enfant concerné (art 6.1.b et Art 6.1.d du RGPD). Lorsqu'il y a présence de cases à cocher, le consentement est alors ainsi collecté (art 6.1.a du RGPD) ;
- Elles seront conservées durant toute la durée de présence de l'enfant à ce service périscolaire ou ALSH ;
- Le Maire de Damprichard est responsable du traitement. Les destinataires des données collectées par ce formulaire sont les services habilités de la Mairie uniquement (secrétariat, périscolaire) ainsi que la DGFIP pour les données de facturation ;
- En application des articles 15 et suivants du règlement susmentionné, vous pouvez en vous adressant à la Mairie, bénéficier d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données ou d'une limitation du traitement et le cas échéant le droit à la portabilité de vos données.

Pour faire valoir vos droits, ou toute autre demande concernant vos données personnelles, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données au 03.81.44.22.19 ou à l'adresse électronique : [rgpd@adat-doubs.fr](mailto:rgpd@adat-doubs.fr) .

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits concernant vos données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et les Libertés (CNIL) :

- Sur le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>
- Par voie postale : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

## AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

**En signant le présent document, en qualité de détenteur de l'autorité parentale des enfants inscrits sur le présent dossier, je déclare que :**

- j'autorise le personnel, dans le cadre des activités du périscolaire et de l'ALSH à accompagner mes enfants de l'école au bâtiment périscolaire, à la salle polyvalente, à la maison des associations, sur la voie publique ou en tout autre lieu, et vice-versa.
- j'autorise le personnel à confier mes enfants à toute personne mentionnée sur la présente fiche de renseignements (et uniquement ces personnes), sur présentation d'une pièce d'identité, lorsqu'elles reprennent mes enfants après les activités ou en cas d'urgence.
- je demande, pour les enfants inscrits sur la présente fiche de renseignement que, lorsqu'ils sont confiés au personnel du périscolaire et de l'ALSH de Damprichard, en cas d'urgence, tous soins nécessaires à leur état leur soient donnés (hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.),
- j'ai pris connaissance du règlement du périscolaire et de l'ALSH de Damprichard ainsi que du présent dossier et je suis informé, en conséquence, de toutes les dispositions régissant de fonctionnement du service,
- j'accepte que soit appliquée toute mesure prévue dans le règlement du périscolaire et de l'ALSH,
- je m'engage à respecter les dispositions régissant de fonctionnement du service ainsi que l'ensemble des consignes qui me seront données en cours d'année scolaire par la Mairie de Damprichard,
- je suis informé que si je souhaite retirer mes enfants du service périscolaire ou de l'ALSH (déménagement, changement de situation familiale, etc.), je devrais respecter un préavis d'un mois,
- je m'engage à faire respecter par mes enfants les dispositions du règlement du périscolaire et de l'ALSH, notamment son article 10 (charte de savoir-vivre),
- je certifie la sincérité et l'exactitude des informations fournies dans le présent document,
- je m'engage à communiquer à la Mairie de Damprichard tout changement concernant les informations contenues dans le présent dossier dans les plus brefs délais.

Je soussigné(e) .....

Date : .....

Signature du père précédée de la mention « Lu et approuvé » :	Signature de la mère précédée de la mention « Lu et approuvé »	<i>ou signature du représentant légal</i> précédée de la mention « Lu et approuvé »
---	--	---