



## Fiche de renseignements - Année scolaire 2020-2021

### Enfant(s) concerné par le dossier

	Nom	Prénom	Date de naissance
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

### Représentant légal 1 ou tuteur légal

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
Nom de naissance : ..... Qualité (père, mère) : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Téléphone professionnel : .....

Courriel\* : .....@.....

\*Souhaitez-vous recevoir les factures par courriel  oui  non

### Représentant légal 2

Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
Nom de naissance : ..... Qualité (père, mère) : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Téléphone professionnel : .....

Courriel\* : .....@.....

\*Souhaitez-vous recevoir les factures par courriel  oui  non

### Régime

Allocataire CAF (régime général)  Régime spécial (MSA ou autre)  Sans régime

Nom et prénom de l'allocataire : ..... N° allocataire : .....

Consultation CAF PRO (dans le but de définir votre quotient familial)  Oui  Non

Nombre d'enfants à charge : .....

Situation familiale :

Marié(e)  Concubinage  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Pacsé(e)





**Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant (en dehors des parents)**

Personne 1 :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Lien avec l'enfant :

Ami       Assistante maternelle       Grands-parents       Autres, précisez :

Fait à ..... Le ..... Signature(s) :

Personne 2 :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Lien avec l'enfant :

Ami       Assistante maternelle       Grands-parents       Autres, précisez :

Fait à ..... Le ..... Signature(s) :

Personne 3 :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Lien avec l'enfant :

Ami       Assistante maternelle       Grands-parents       Autres, précisez :

Fait à ..... Le ..... Signature(s) :





### **Autorisation de sortie :**

<b><u>Enfant 1</u></b>	<b><u>Enfant 2</u></b>	<b><u>Enfant 3</u></b>
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> J'autorise mon/mes enfant(s) à quitter seul l'accueil périscolaire à .....heures	<input type="checkbox"/> J'autorise mon/mes enfant(s) à quitter seul l'accueil périscolaire à .....heures	<input type="checkbox"/> J'autorise mon/mes enfant(s) à quitter seul l'accueil périscolaire à .....heures
<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas mon/mes enfant(s) à quitter seul l'accueil périscolaire.	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas mon/mes enfant(s) à quitter seul l'accueil périscolaire.	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas mon/mes enfant(s) à quitter seul l'accueil périscolaire.

Je soussigné(e) ..... assure la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de(s) enfant(s).

### **Autorisation de la publication de l'image de mon enfant**

Je soussigné(e).....représentant légal du (des) enfant(s)

<b><u>Enfant 1</u></b>	<b><u>Enfant 2</u></b>	<b><u>Enfant 3</u></b>
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :

J'autorise les services municipaux de la Commune de Sury-le-Comtal à photographier et/ou filmer et enregistrer mon (mes) enfant(s) dans le cadre des évènements suivants : activité périscolaire et restaurant scolaire.

J'autorise les services municipaux de la Commune de Sury-le-Comtal à diffuser et à publier les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient prises dans les activités cochées ci-dessus.

Sauf :

.....





Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, les services municipaux fixent, reproduisent et communiquent au public les photographies et les vidéos prises dans le cadre de la présente.

Les photographies et les vidéos pourront être exploitées et utilisées directement sans aucune limitation, intégralement ou par extraits.

En conséquence de quoi, nous reconnaissons être entièrement remplis de nos droits et nous pourrions prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes. Vous disposez d'un droit de retrait de certaines images si vous le jugez nécessaire.

Nous garantissons que nous ne sommes pas liés par un contrat exclusif à l'utilisation de l'image ou du nom de notre enfant.

Fait à ..... Le ..... Signature(s) :





### Assurance

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>	<u>Enfant 3</u>
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile
<input type="checkbox"/> Individuelle accident	<input type="checkbox"/> Individuelle accident	<input type="checkbox"/> Individuelle accident
Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :
.....	.....	.....
N° de contrat : .....	N° de contrat : .....	N° de contrat : .....

### Renseignements médicaux concernant l'enfant

<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>	<u>Enfant 3</u>
Date du dernier DT Polio :	Date du dernier DT Polio :	Date du dernier DT Polio :
Allergie alimentaire type : .....	Allergie alimentaire type : .....	Allergie alimentaire type : .....
A-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) ?	A-t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) ?	A-t-il un PAI (projet d'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





**Médecin traitant**

Nom :

Prénom :

Téléphone :

**Notes médicales – Informations que les parents souhaitent donner à la Mairie**

.....  
.....  
.....

**Restaurant scolaire**

Repas traditionnel

Repas de substitution dans le cas où le porc est servi

Fait à .....

Le ..... Signature(s) :





**Personne à prévenir en cas d'urgence, hormis les parents (minimum deux)**

Personne 1 :

Monsieur, Madame : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

Personne 2 :

Monsieur, Madame : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

En cas d'urgence : les parents autorisent / n'autorisent\* pas le responsable à prendre les mesures nécessaires.

*\*rayer mention inutile*

Lieu d'hospitalisation si nécessaire : .....

.....

**Mode de paiement des factures**

Prélèvement automatique  Joindre un RIB et remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-joint.

Espèces

Chèques

Carte bancaire

Fait à ..... Le ..... Signature(s) :





### **Attestation sur l'honneur**

Je soussigné(e) .....  
Représentant légal du (des) enfant(s) :

<b><u>Enfant 1</u></b>	<b><u>Enfant 2</u></b>	<b><u>Enfant 3</u></b>
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom	Prénom :

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir, le service enfance jeunesse de tout changement éventuel (adresse, situation familiale...) par écrit en Mairie de Sury-le-Comtal.

- Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur remis en mains propres :
- Service restauration scolaire
  - Accueil périscolaire – Garderie pause méridienne
  - Accueil périscolaire matin et soir

déclare approuver leur contenu et m'engage à m'y conformer.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative des élèves.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Sury-le-Comtal à l'attention de Mme BONNET, Adjointe aux écoles, Place de l'Hôtel de Ville – BP 47 – 42450 Sury-le-Comtal.

Autorise mon (mes) enfant(s) à utiliser le transport du restaurant scolaire, de l'accueil périscolaire, de la garderie ou lors des temps d'activités périscolaires.

Atteste que mon (mes) enfant(s) ne présente(nt) aucune contre-indication à la pratique des activités proposées, notamment la pratique sportive.

Fait à ..... Le ..... Signature(s) obligatoire(s) :







## COMMUNICATION

**Le RGPD (Règlement Général de la Protection des Données) nous oblige à obtenir un consentement afin d'utiliser vos coordonnées.**

**Le retour de ce document est comme vous l'avez compris primordial pour que la communication puisse exister.**

**Les informations de ce coupon réponse seront utilisées uniquement dans le cadre de la vie scolaire et pour ce qui en découle.**

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Adresse mail : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

## CONSENTEMENT

**J'accepte le traitement de mes données personnelles**

**En cochant cette case**, j'accepte que les informations de ce formulaire soient utilisées, exploitées, traitées pour permettre de me recontacter, pour m'envoyer du courrier ou mail concernant la vie scolaire.

**Je refuse le traitement de mes données personnelles**

**En cochant cette case**, je ne recevrais plus de courrier ou mail concernant la vie scolaire.

*La Mairie de Sury-le-Comtal est soucieuse du respect de vos droits et s'est dotée d'un délégué à la protection des données, enregistré comme tel auprès de la CNIL et joignable à [dpd@ville-surylecomtal.fr](mailto:dpd@ville-surylecomtal.fr)*

### **Quels sont vos droits ?**

*Conformément notamment à la Règlementation sur les Données Personnelles, vous bénéficiez des droits spécifiques suivants : d'accès (article 15 du RGPD), de rectification (article 16 du RGPD), d'effacement (article 17 du RGPD), de limitation du Traitement (article 18 du RGPD), d'opposition (article 21 et 22 du RGPD), directives post-mortem (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).*

