



ENFANT		
Nom :	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>
Prénom :	Né(e) le :	N° 'identifiant :
Adresse :	École :	Classe :

**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

**Responsable légal 1** : Père  Mère  Tuteur  Autorité parentale : oui  non

Nom :	Tél. domicile :
Prénom :	Tél portable :
Adresse :	Tél employeur :
	Courriel :
	N° de Sécurité Sociale :

**Responsable légal 2** : Père  Mère  Tuteur  Autorité parentale : oui  non

Nom :	Tél. domicile :
Prénom :	Tél portable :
Adresse :	Tél employeur :
	Courriel :
	N° de Sécurité Social :

**AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) ....., agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale autorise :

- mon enfant à participer à toutes les activités organisées par la Ville : oui  non

- mon enfant à quitter seul la structure (à partir de 8 ans) après :	Le CLAÉ	oui <input type="checkbox"/>	soirs : .....h.....
		non <input type="checkbox"/>	mercredis : ..... h .....
	L'étude surveillée	oui <input type="checkbox"/>	vacances : .....h.....
		non <input type="checkbox"/>	.....h.....
	L'École des sports	oui <input type="checkbox"/>	mercredis : .....h.....
		non <input type="checkbox"/>	samedis : ..... h .....

Je soussigné(e) ....., agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale autorise les personnes ci-dessous à être contactées en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'indisponibilité :

Nom - Prénom	Téléphone	À appeler en cas d'urgence	Autorisé(e) à prendre mon enfant
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

Je soussigné(e) ....., agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale) jugées utiles et nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

VACCINS Obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Un projet d'accueil individualisé (PAI) a-t-il été signé pour votre enfant ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Repas :	Classique <input type="checkbox"/>	Sans porc <input type="checkbox"/>
Activités contre-indiquées pour des raisons médicales (certificat médical à fournir)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Recommandations utiles des parents (porte-t-il des lentilles, des prothèses .....):		

**DOCUMENTS À FOURNIR**

Assurance extra scolaire Attestation responsabilité civile	N° :	Nom assureur :	Adresse assureur :
---	------	----------------	--------------------

Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives pour l'École des sports	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

**RESPECT DU DROIT À L'IMAGE**

Je soussigné(e) ....., agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale autorise la ville de Voisins le Bretonneux, dans le cadre de son activité d'information et de communication, à procéder à des prises de vue, à publier et diffuser ces prises de vue sur ses supports de communication interne et externe :

Presse municipale, site internet <a href="http://www.voisins78.fr">www.voisins78.fr</a> , exposition, CD,DVD, .....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Réseaux sociaux de la Ville (Facebook, Twitter, ...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
J'autorise l'utilisation de mon courriel pour la correspondance que vous aurez à m'adresser dans le cadre des prestations et services municipaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Je soussigné(e) ..... agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à transmettre tout élément nouveau à la Ville afin de réactualiser cette fiche.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils péri et extrascolaires et de l'École des sports vicinoises, et je m'engage à les respecter.

Fait à Voisins le Bretonneux, le

Signature

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion du service Enfance-Éducation. Les destinataires des données sont les services Éducation-Enfance.

Conformément à la loi « informatique et libertés » et au RGPD, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toutes les informations qui vous concernent. Vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la Mairie, (désignation CNIL N° DPO-15685) par courrier électronique à l'adresse suivante : [dpo@voisins78.fr](mailto:dpo@voisins78.fr).