



# Fiche de renseignements Septembre 2018 - Août 2019 / Plumergat - Mériadec

**NOM de l'ENFANT :** ..... **PRENOM :** .....

Né(e) le : ..... Garçon  Fille

Adresse de l'enfant : .....

Nom de l'école : ..... Classe : .....

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : .....

Responsable de l'enfant : Père :  Mère :  Autre (Tuteur...) :

Situation familiale : Mariés :  Vie maritale :  Divorcé(e)/Séparé(e) :  Célibataire :  Veuf :

Nom du père ou Autre : ..... Prénom : ..... Adresse (si différente de l'enfant): ..... Tél Fixe : ..... Tél Portable : ..... Adresse mail : ..... Profession : ..... Tel Travail : ..... <u>Régime :</u> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> N°Allocataire : ..... Bénéficiaire : Bon Caf <input type="checkbox"/> Bon MSA <input type="checkbox"/>	Nom de la mère : ..... Prénom: ..... Adresse (si différente de l'enfant): ..... Tél Fixe : ..... Tel Portable : ..... Profession ..... Tel Travail : ..... Adresse mail : ..... <u>Régime :</u> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> N°Allocataire : ..... Bénéficiaire : Bon Caf <input type="checkbox"/> Bon MSA <input type="checkbox"/>
---	--

**Autre personne pouvant être contactée en cas d'urgence :**

Nom : ..... Prénom : .....

Tél Fixe : ..... Tél Portable : .....

Lien avec l'enfant : .....

### Assurance :

Le responsable de l'enfant déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile et une garantie individuelle accident.

**Coordonnées de la personne à facturer** (pour toutes nouvelles demandes ou modifications de prélèvement automatique, merci de bien vouloir contacter le service comptabilité.)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

**Renseignements sanitaires de l'enfant**

Nom du médecin traitant : ..... Tél : .....

**L'enfant a-t-il un PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) : oui  non

**Merci de bien vouloir fournir une photocopie du PAI ainsi que les traitements médicamenteux aux responsables de chaque structure fréquentée par votre enfant. - OBLIGATOIRE -**

**L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier :** .....

**Vaccinations : Copie des vaccins à jour à transmettre -OBLIGATOIRE-** DTP valable jusqu'au : .....

**L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :**

Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine

Coqueluche  Rougeole  Otite  Oreillons

**Allergies :** Respiratoires  Médicamenteuses  Alimentaires  Autres (à préciser)

Lesquelles et conduite à tenir : .....

**Merci de bien vouloir nous indiquer les éventuels renseignements ou recommandations que vous jugez utile de nous transmettre** (ex: lunettes, prothèses auditives, hospitalisations...) : .....

# AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :

NOM(S)	PRENOM(S)	LIEN DE PARENTE	N° TEL FIXE	N° TEL PORTABLE

Une autorisation parentale exceptionnelle devra être fournie, lorsque la sortie de l'enfant s'effectue avec un adulte différent des parents ou des personnes notifiées ci-dessus.

## **Autorisation de sortie :**

J'autorise mon enfant à :

- Participer aux activités sportives et aux sorties organisées par les services.
- Utiliser les moyens de transport mis à dispositions pour les activités extérieures.
- Rentrer seul le soir après les activités de l'accueil de loisirs extrascolaires à partir de 17h (mercredis et vacances)
- Rentrer seul le soir après les activités de l'accueil de loisirs périscolaire (le soir après l'école) **sur présentation d'une décharge écrite.**

## **Autorisation de soins :**

- Autorise(nt) le personnel des services à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant (ex : transfert en pédiatrie ou aux urgences) et à se conformer à toutes les décisions du médecin/pompier concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant.
- Décharge(nt) les services de toutes responsabilités pendant le trajet pour consultation chez un médecin généraliste.
- Autorise(nt) de donner la possibilité sous ma responsabilité, la prise par mon enfant, des médicaments prescrits par son médecin traitant, **suivant le double de l'ordonnance (à fournir).**

## **Autorisation de filmer/Photographier :**

- Autorise(nt) les services à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires aux fins d'utilisations par le service lui-même et dans les publications de la commune (presse, site internet de Plumergat...)

## **Autorisation de consultation du site CAF CDAP (Consultation Dossier Allocataire par le Partenaire) :**

- J'autorise la direction du service enfance-jeunesse, de l'accueil de loisirs et le service comptabilité, à consulter notre dossier allocation CAF, afin d'accéder directement à mon quotient familial (uniquement pour les allocataires CAF).

## **Données personnelles (RGPD) :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Plumergat afin de bénéficier des services suivants : restauration scolaire, accueil périscolaire et de loisirs. Elles sont conservées pour la durée d'utilité du traitement (attestations de présence ou de facturation) et sont destinées aux services enfance jeunesse, restauration scolaire et finances de Plumergat.

Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la mairie par courrier ou par courriel : [accueil.mairie@plumergat.fr](mailto:accueil.mairie@plumergat.fr)

**J'ai bien pris connaissance de ces informations concernant mes données personnelles.**

## **Je m'engage à :**

- Transmettre les doubles des PAI en fonction des lieux d'accueil de mon enfant (à voir avec le médecin)
- Respecter strictement les horaires et décharger l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux où se déroulent les activités.
- Prévenir de tout changement concernant la situation familiale ou la santé de mon enfant.
- Respecter les règlements de fonctionnement des structures d'accueil.
- Rembourser les frais médicaux éventuels avancés par la collectivité.
- Dégager les services de toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à mon enfant.

Je soussigné(e).....  
Responsable légal de l'enfant .....

**Déclare exacts les renseignements mentionnés sur la fiche de renseignements.**

Fait à Plumergat, le ...../...../.....

Signature du responsable légal précédée de la mention « **lu et approuvé** »