

FICHE DE RENSEIGNEMENTS UNIQUE

Septembre 2024- Août 2025

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

Né(e) le :

Garçon ☐ Fille ☐

Adresse de l'enfant :

Nom de l'école :

Classe :

FAMILLE :

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom: Prénom :	Nom: Prénom :
Date et lieu de naissance : (obligatoire)	Date et lieu de naissance : (obligatoire)
Autorité parentale : oui ☐ non ☐	Autorité parentale : oui ☐ non ☐
Adresse (si différente de l'enfant) :	Adresse (si différente de l'enfant) :
Tel fixe : Tel travail :	Tel fixe : Tel travail :
Tel portable(s) :	Tel portable(s) :
Courriel :	Courriel :
Situation familiale : ☐ marié/pacsé ☐ célibataire ☐ divorcé	
Dans le cas d'une autorité parentale non partagée, merci de bien vouloir nous fournir le jugement de divorce.	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Le responsable déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile et une garantie individuelle accident (Obligatoire)

Nom de la compagnie :

FACTURATION :

Nom et prénom figurant sur la facture :

Adresse de facturation (si différente du domicile) :

Allocataire ☐ CAF ☐ MSA ☐ Caisse maritime ☐ Autre (à préciser)

N° d'allocataire obligatoire :

Quotient familial: (Si non transmis, le tarif le plus élevé sera appliqué.) **obligatoire**

(Merci de fournir un justificatif avant le 30/09 sous peine de vous appliquer le tarif le plus élevé)-

Bénéficiaire de bons vacances :

☐ CAF ☐ MSA

Prélèvement bancaire automatique :

☐ OUI ☐ NON

Si nouvelle inscription ou informations différentes de l'année dernière, merci de joindre un RIB (relevé d'identité bancaire).

LES SERVICES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

➤ VOS BESOINS POUR L'ANNEE SCOLAIRES

Aurez-vous besoin de ces services sur l'année scolaire ?

Merci de cocher la (les) case(s) concernée(s) :	Oui	Non
Restauration scolaire		
Accueil périscolaire matin		
Accueil périscolaire soir		
Accueil de loisirs du mercredi		
Accueil de loisirs vacances		

➤ LES INSCRIPTIONS A L'ANNEE OU PONCTUELLE

Toutes les inscriptions dans les différents services doivent se faire au moyen du Portail Famille de la Commune, sur

<https://portail.berger-levrault.fr/MairieBrech56400/accueil>; Les codes vous seront transmis lors de votre inscription.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant : Tel :

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

Merci de fournir au pôle éducation, une photocopie du PAI ainsi que les traitements médicamenteux en fonction des lieux d'accueil fréquentés par votre enfant - **OBLIGATOIRE**

Vaccinations : Copie du vaccin DTP à jour (obligatoire) DTP valable jusqu'au :

☐ Je certifie sur l'honneur que les vaccins de mon enfant sont à jour.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : ☐ rubéole ☐ varicelle ☐ angine ☐ rhumatisme ☐ scarlatine
☐ coqueluche ☐ rougeole ☐ otite ☐ oreillons

Allergies : ☐ respiratoires ☐ médicamenteuses ☐ alimentaires ☐ autres

Lesquelles et conduite à tenir :

Recommandations utiles des parents : Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou autres renseignements que vous jugez utiles de nous transmettre :

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à :

- ☐ Utiliser les moyens de transport du service lors des activités extérieures (Minibus de la commune ou bus collectif)
- ☐ Rentrer seul le soir après les temps périscolaires et extrascolaires
- ☐ Etre photographié et filmé ; utilisation de son image, sa silhouette, dans le cadre des publications de la commune : presse, communication, diaporama, réseaux sociaux, site internet de Brech.

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

Nom et prénom	Téléphone	☒ Appel en cas d'urgence	☒ Autorisé à récupérer l'enfant

Merci de fournir un mot écrit à chaque fois que la sortie de l'enfant s'effectue avec un adulte différent de ceux spécifiés ci-dessus.

J'autorise les services à :

Prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et se conformer à toutes décisions du médecin/des pompiers concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant.

OUI ☐ NON ☐

Accéder au service CAFPRO (pour les allocataires CAF uniquement)

OUI ☐ NON ☐

(Dans l'hypothèse où le responsable ne transmet pas de n° d'allocataire CAF/ MSA ou d'avis d'imposition justifiant des ressources familiales, le tarif le plus haut sera appliqué).

Je consens à ce que mes données soient utilisées par la mairie de Brech à des fins de gestion des inscriptions de mon enfant aux différents services du pôle éducation de la ville de Brech

OUI ☐ NON ☐

Je m'engage à :

- Respecter le règlement de fonctionnement du pôle éducation.
- A signer et respecter le règlement de fonctionnement Activ'ados 11-17 ans.
- 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.
- Rembourser les frais médicaux éventuels avancés par la collectivité (honoraires médicaux, frais pharmaceutiques ...).
- Dégager toute responsabilité des services, en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à mon enfant (bijoux, jouets, Mp4, vidéos, argent, téléphone...).

Je soussigné(e) Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements mentionnés sur cette fiche de renseignements et m'engage à prévenir l'organisateur de tout changement concernant sa situation familiale (ressources, changement d'adresse, santé de l'enfant).

« Les informations recueillies par la collectivité de BRECH font l'objet d'un traitement relevant d'une mission de service public dans le cadre de l'élaboration et du suivi du dossier d'admission aux activités du Pole Education. Ces données sont obligatoires sans quoi l'inscription ne sera pas validée. Ces informations seront conservées 10 ans maximum (obligations légales de facturation). Le destinataire est le Pôle éducation auprès de qui vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, et de limitation. Vous pouvez également contacter le délégué à la protection des données dpd@cdg56.fr pour ces droits, et recourir à la CNIL par la suite. »

Fait à Brech le : / /2024-2025

Signature du responsable légal

Précédée de la mention "lu et approuvé"