Commune d'Entrevaux	FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT ENTREVAUX – SERVICE SCOLAIRE / ACM PERISCOLAIRE/ ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

ENFANT

NOM : _____ NOM d'usage **:** _____ **Sexe : M** ☐ **F** ☐

Prénom(s) : _____/_____/_____ **Classe :** _____

Né(e) le : …. / …. / …….. **Lieu de naissance** (commune et département) **:** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

REPRESENTANTS LÉGAUX*

Représentant 1

NOM de naissance**:** _____ **Autorité parentale : Oui** ☐ **Non** ☐

NOM (nom d'usage) : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Numéro de poste : _____

Courriel :_____@_____

Régime (entourer la réponse correspondante) : CAF MSA MARITIME AUTRE N° : d'allocataire : …….

Représentant 2

NOM de naissance**:** _____ **Autorité parentale : Oui** ☐ **Non** ☐

NOM (Nom d'usage): _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Numéro de poste : _____

Courriel :_____@_____

Régime (entourer la réponse correspondante) : CAF MSA MARITIME AUTRE N° : d'allocataire : …….

Autre représentant légal (personne physique ou morale) **Autorité parentale : Oui** ☐ **Non** ☐

Organisme : _____

Fonction : _____ **Lien avec l'enfant :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Courriel :_____@_____

Régime (entourer la réponse correspondante) : CAF MSA MARITIME AUTRE N° : d'allocataire : ……

*** Représentants légaux** : Il est important de renseigner le document concernant tous les responsables légaux selon le cas.

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

En cas d'urgence, l'enfant sera orienté vers l'hôpital le mieux adapté par les services de secours. La famille sera immédiatement avertie.

NOM : _____ **Prénom** : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Numéro de poste : _____

NOM : _____ **Prénom** : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Numéro de poste : _____

NOM : _____ **Prénom** : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Numéro de poste : _____**

INSCRIPTIONS AUX SERVICES MUNICIPAUX DU PÉRISCOLAIRES ET DU PLAN MERCREDI *

Accueil du matin :	Oui ☐	Non ☐	Accueil du soir :	Oui ☐	Non ☐
Aide aux devoirs :	Oui ☐	Non ☐	Restaurant scolaire :	Oui ☐	Non ☐
Mercredi :	Oui ☐	Non ☐	Accueil de midi (11h30-12h) :	Oui ☐	Non ☐
Transport scolaire :	Oui ☐	Non ☐	Déplacement domicile - école :	Seul ☐	Accompagné ☐

*réservations obligatoires à effectuer sur le portail familles : https://ccapv.portail-familles.net/

AUTORISATION DE SORTIE

(*) rayer la mention inutile

AUTORISE* mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure d'accueil du mercredi

N'AUTORISE* pas mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure d'accueil du mercredi

AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN

AUTORISE mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties ou d'activités pédagogiques dans le cadre de l'accueil de loisirs du mercredi

N'AUTORISE pas mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties ou d'activités pédagogiques dans le cadre de l'accueil de loisirs du mercredi

ELEMENT SANITAIRE

1. Vaccination

Vaccination obligatoire	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				ROR	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION.

2. Renseignement concernant le mineur

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? * Oui Non
(*) Cocher la case correspondante

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Allergie : Alimentaires Oui Non
Médicamenteuses Oui Non
Autres (préciser)…… Oui Non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser (*) Cocher la case correspondante :
Oui Non
……
……
……
……
……
……

3. Recommandation utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, Etc…:
……
……
……
……
……
……

Nom et téléphone médecin traitant : ……

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHIER
(*) rayer la mention inutile

AUTORISE que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La structure elle-même (support d'activité, …)
- Le service communication de la mairie d'Entrevaux
- La presse
- Le site internet de la mairie et autre support informatique de la structure

CERTIFIE que si je reçois les photos ou les films, à ne pas utiliser à d'autre usage qu'à un usage familial

ASSURANCE DE L'ENFANT (attestation à fournir obligatoirement)

Responsabilité civile :	Oui ☐ Non ☐	Individuelle Accident :	Oui ☐ Non ☐
Compagnie d'assurance:	_____	Numéro de police d'assurance :	_____

DISPOSITIFS D'AIDES PAR LE QUOTIENT FAMILIAL

NUMERO ALLOCATAIRE CAF	…….	J'autorise le service périscolaire à accéder à mon coefficient familial sur le site de la CDAP pour la révision des tarifs du mercredi.	Oui ☐ Non ☐
NUMERO ALLOCATAIRE MSA	……..	J'autorise le service périscolaire à accéder à mon coefficient familial sur le site de la MSA pour la révision des tarifs du mercredi.	Oui ☐ Non ☐
AIDE VACAF ALSH	J'autorise le service périscolaire à accéder aux droits de l'enfant, s'il est bénéficiaire des aides sur les sites dédiés, pour la révision des tarifs du mercredi.	Oui ☐ Non ☐	

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

La signature vaut approbation des règlements intérieurs https://mairie-entrevaux.fr/vivre-a-entrevaux/education-et-jeunesse/

Date : **Signature (représentant légal 1) :** **Signature (représentant légal 2) :**

Signature (autre représentant légal) :

<u>Pièces à fournir</u> : Attestation d'assurance (en cours de validité et à renouveler pendant l'année scolaire) / Copie des vaccins / Attestation de droits VACAF pour le mercredi/ Quotient familial ou avis d'imposition pour le mercredi/ Justificatif de domicile (EDF ou téléphone)
PAI (à renouveler à chaque rentrée scolaire)

Dans le cadre de l'inscription de votre enfant aux services périscolaires de la mairie d'Entrevaux, nous recueillons des informations à caractère personnel dans cette fiche. Les informations recueillies sont enregistrées dans les logiciels DOMINO Web sous la responsabilité du Maire d'Entrevaux, et dans le Portail Famille de la CCAPV sous la responsabilité du Président de la CCAPV, dans le but de faciliter la gestion de l'accueil de votre enfant via ces outils.
Conformément à la réglementation applicable en matière de données à caractère personnel (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données que vous pouvez exercer en vous adressant par courriel à administration@mairie-entrevaux.fr