

TEMPS PERISCOLAIRE



**ANNÉE SCOLAIRE  
2024/2025  
GARDERIE  
CANTINE**

**Ecole du  
Limodore**

ENFANTS DE LA FAMILLE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE 2024/2025

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

RESPONSABLE LEGAL(E)	RESPONSABLE LEGAL(E)
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
QUALITÉ :	QUALITÉ :
ADRESSE :	ADRESSE :
TEL : (1) (2)	TEL : (1) (2)
Mél :	Mél :

Je souhaite communiquer mon adresse mail aux associations de parents d'élèves : oui/non

**SITUATION DE FAMILLE :**

Célibataire / En couple / Pacsé(e) / Marié(e) / Divorcé(e) / Veuf(ve)

(pour les familles séparées ou divorcées, fournir tout document (jugement) fixant la résidence de l'enfant et les modalités d'octroi de l'autorité parentale)

TEMPS PERISCOLAIRE

A COMPLETER IMPERATIVEMENT

Votre enfant est-il (vos enfants sont-ils) autorisé(s) à repartir seul(s) ? : OUI/NON

COORDONNÉES DES PERSONNES MAJEURES MANDATÉES POUR RÉCUPÉRER L'ENFANT/LES ENFANTS :

NOM	PRENOM	QUALITÉ	TÉL

Assurance

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

Compagnie d'assurance :

Numéro de Contrat :

Régime :

CAF ( ) MSA ( ) AUTRE (préciser) ( )

Numéro d'allocataire :

Les communes proposent des tarifs différenciés en fonction des ressources des familles. Il est obligatoire de renseigner votre numéro d'allocataire pour vérifier votre éligibilité. Sans ce numéro, le tarif le plus élevé sera appliqué.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

RESPONSABLE LEGAL(E)	RESPONSABLE LEGAL(E)
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :	NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :
TÉL :	

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service enfance et les écoles de tout changement éventuel :

DATE :

SIGNATURE(S) :

## TEMPS PERISCOLAIRE

### RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je, soussigné \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant :

-

-

reconnais avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement intérieur du Temps Périodique 2024/2025 disponible sur l'ENT ONE. J'en accepte le contenu et toutes les modalités de fonctionnement. Je reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves.

### AUTORISATION DE PUBLICATION

Conformément à la loi, article 9 du code civil sur le « droit à l'image et au son », et à l'article 121-2 du code de la propriété intellectuelle,

J'AUTORISE : OUI / NON

le Service Périodique et ses animateurs, les communes du RPI à utiliser et à publier les photographies, films, enregistrements sur lesquels peut(peuvent) figurer mon enfant (mes enfants) ainsi que les productions et œuvres originales que mon enfant (mes enfants) aura (auront) réalisées dans le cadre périodique et sous la responsabilité des encadrants.

Les supports de publication peuvent être les suivants :

- tout support numérique ou informatique (Cd-rom, DVD, diaporama...)
- les sites internet des communes du RPI
- des réalisations audio-visuelles
- des expositions thématiques
- d'éventuels reportages journalistiques

La présente autorisation de publication, en contrepartie, est consentie à titre gratuit.

Fait à :

Le :

Signature :

### MENTION RGPD

*Les données recueillies au travers de ce formulaire font l'objet d'un traitement destiné à vous inscrire sur différentes listes afin de vous fournir les services proposés pour lesquels vous vous serez inscrit. En tant que Responsable du traitement, la commune de Pommiers est sensible à la protection de vos données ; c'est pourquoi, seules les personnes habilitées auront accès à vos données et l'ensemble de vos informations saisies dans le formulaire ne pourront être utilisées à d'autres fins que celles pour lesquelles vous avez donné votre accord. Conformément aux lignes directrices du règlement européen n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer l'ensemble de vos droits, nous vous invitons à nous contacter soit par mail à [mairie.de.pommiers02@orange.fr](mailto:mairie.de.pommiers02@orange.fr) ou par téléphone au 03.23.73.00.96.*

*Si toutefois vous considérez que vos droits ne sont respectés, vous pouvez faire une réclamation auprès de la CNIL.*

TEMPS PERISCOLAIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

PRENOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON/FILLE

**1 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Coqueluche	
Poliomyélite OU DT Polio OU Tétracoq				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
BCG				Autre (préciser) :	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.**

**2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON
SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE
OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON
OREILLONS	ASTHME	ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES	ALLERGIES ALIMENTAIRES
OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

AUTRES :

TEMPS PERISCOLAIRE

L'ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : OUI /NON

(Joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

**3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : oui / non

DES LUNETTES : oui / non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui / non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui / non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS, PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

**4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

TÉL. DOMICILE : \_\_\_\_\_

TÉL. BUREAU : \_\_\_\_\_

TÉL.PORTABLE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

DATE :

SIGNATURE :