

NOM :CLASSE à la rentrée :

Prénom :

Je soussigné(e) Mme, Mr.....père/mère/responsable légal
(Rayer la mention inutile) de l'enfant.....déclare :

- avoir pris connaissance du règlement de l'accueil périscolaire 2023-2024 et ses annexes et les accepter ;
- être destinataire des factures périscolaires et s'engager à en assurer le règlement.

Date et Signature :

- Merci de renseigner les tableaux ci-dessous **en cochant les services empruntés par votre enfant chaque jour.**
- **RAPPEL** : à défaut de choix pour la fin des classes, le soir, **votre enfant sera automatiquement orienté vers la garderie avec facturation du service.**

LUNDI – MARDI - JEUDI – VENDREDI

	ARRIVEE A partir de 7h30	DEPART MIDI Fin de la classe A partir de 12h00		DEPART SOIR Fin de la classe A partir de 17h00				
	GARDERIE MATIN	CANTINE	SORTIE MIDI Seul ou Repris	BUS COURTISOLS	BUS POIX SOMME VESLE	GARDERIE SOIR	ETUDE (si 12 élèves inscrits)	SORTIE SOIR Seul ou Repris
LUNDI								
MARDI								
JEUDI								
VENDREDI								

#MERCREDI

	MATIN	MIDI	APRES-MIDI
	HORAIRES	HORAIRES	HORAIRES
VESIGNEUL S/MARNE	7H30 - 12H30		
COURTISOLS	7H30 - 12 h	12H- 13H30	13H30- 18H30
NUISEMENT S/ COOLE	7H30 - 12 h	12H- 13H30	13H30- 18H30

**DOSSIER ENFANT
RENSEIGNEMENT ET SANITAIRE**
Classe à la rentrée :.....

ENFANT

Nom de l'enfant Nom d'usage Sexe : M F
Prénoms
Date de naissance..... Lieu de naissance.....Département
Adresse : N° Rue
Code postal : Commune :

RESPONSABLES LEGAUX

	REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 2	AUTRE REPRESENTANT LEGAL
Nom marital			
Nom de jeune fille			
Prénom			
Autorité parentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Courriel			
Adresse si différente De celle de l'enfant			

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Représentant légal 1 : Représentant légal 2 : Autre représentant légal :

Nom								
Prénom								
Lien avec l'enfant								
Autorisé à prendre l'enfant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Adresse								
Téléphone domicile								
Téléphone portable								

ASSURANCE DE L'ENFANT

Certifie que mon enfant est garanti pour les risques responsabilité civile, défense et recours, individuelle par :.....

L'assurance responsabilité civile est obligatoire : Merci de joindre une attestation en cours de validité.

AUTORISATIONS

*Cocher la case correspondante

❖ **Transport (pendant l'accueil de loisirs) * :**

J'autorise n'autorise pas

Mon enfant à être transporté par le minibus de la Communauté de Communes de la Moivre à la Coole ou par un véhicule loué à l'occasion d'une sortie.

❖ **Sorties*** :

J'autorise n'autorise pas

Mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par les accueils de loisirs en dehors de ses locaux.

❖ **DECHARGE PARENTALE**

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie. Nous autorisons l'équipe d'animation et la Communauté de Communes de la Moivre à la Coole à faire appel au service de secours d'urgence si besoin est.

J'autorise Je n'autorise pas

VACCINATIONS

Merci de joindre sous enveloppe cachetée (avec nom/prénom de l'enfant) la copie des vaccins obligatoires dans le carnet de santé ou bien une attestation d'un médecin.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

*Concerne seulement les séjours organisés.

L'enfant suit-il un traitement médical le séjour *? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) avec une autorisation des parents.

Médecin traitant : Numéro téléphone :

ALLERGIES

*Entourez la réponse

Alimentaire : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres : OUI NON

Lesquelles :

Diabète : OUI NON

Asthme : OUI NON

Si allergies, merci de transmettre une attestation d'un médecin précisant les allergies.

Si un projet d'accueil individualisé est mis en place, merci de le transmettre avec le dossier.

Les difficultés de santé, antérieures et actuelles, maladies, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Port des lunettes, lentilles, prothèses auditives... précisez :

.....
.....
.....

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans fichier informatisé (et papier) par le responsable du service jeunesse de la Communauté de communes de la Moivre à la Coole dans le but de gérer les fréquentations des enfants dans nos accueils de loisirs avec ou sans hébergement et sont destinées à la gestion des présences des enfants et la facturation.

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur de l'école dans le logiciel de l'Education Nationale, « base élèves 1^{er} degré ». La Communauté de Communes est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de l'obligation scolaire.

La base juridique du traitement est le règlement intérieur des accueils de loisirs et des séjours. Elles seront conservées pendant un an (année scolaire).

Conformément au Règlement européen sur la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016, vous pouvez exercer vos droits (accès, information, opposition, rectification, effacement, limitation, portabilité) en contactant le Délégué à la Protection des Données, CDG51, 11 rue Carnot, 51000 Châlons en Champagne ou rgpd@cdg51.fr ou en introduisant une réclamation auprès de la CNIL.

Date :/...../.....

Signature des représentants légaux,