



FICHE DE RENSEIGNEMENT

Enfants non scolarisés à Saint André de Seignaux



PARENT 1 – PARENT 2 ou RESPONSABLE LEGAL

Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA ou autre) Sans régime

NOM et Prénom de l'allocataire :N° ALLOCATAIRE :.....

Nombre d'enfants à charge :.....

Nom du représentant légal 1 :
Prénom :
Autorité parentale: oui – non
Employeur:.....
Situation familiale(1) :
Adresse complète :
.....
.....
Téléphone du domicile :.....
Téléphone Portable :.....
Téléphone du travail :.....
Courriel (2):.....

Nom du représentant légal 2 :
Prénom :
Autorité parentale: oui – non
Employeur :.....
Situation familiale(1) :
Adresse complète (si différente du représentant légal 1) :
.....
.....
Téléphone du domicile :.....
Téléphone Portable :.....
Téléphone du travail :.....
Courriel(2) :.....

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Concubin(e) – Pacsé(e)

(2) L'adresse mail permet de communiquer les informations importantes et urgentes concernant l'extrascolaire.

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Sexe : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>	Sexe : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>	Sexe : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>
Date de naissance :/...../.....	Date de naissance :/...../.....	Date de naissance :/...../.....
<u>Assurance de l'enfant*</u>	<u>Assurance de l'enfant*</u>	<u>Assurance de l'enfant*</u>
Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :
Numéro de l'attestation :.....	Numéro de l'attestation :.....	Numéro de l'attestation :.....
<input type="checkbox"/> Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile
<input type="checkbox"/> Individuelle accident	<input type="checkbox"/> Individuelle accident	<input type="checkbox"/> Individuelle accident
<input type="checkbox"/> Garantie extra-scolaire	<input type="checkbox"/> Garantie extra-scolaire	<input type="checkbox"/> Garantie extra-scolaire

* joindre l'attestation d'assurance - obligatoire dans le cadre périscolaire et extrascolaire

Autorisation de publication de l'image de votre enfant

Je soussigné(e),autorise l'ACM à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquels figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient pris dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires. Ceux-ci pourront être reproduits par l'accueil de loisirs, la Mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

Enfant 1 : oui non **Enfant 2 :** oui non **Enfant 3 :** oui non

" Conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous pouvez obtenir communication, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en vous adressant à l'accueil Collectif de Mineurs Dous Pitchouns. Les informations recueillies sont gérées par le Service des Affaires Scolaires pour le traitement administratif du dossier scolaire de votre enfant et ne sont ni diffusées, ni vendues."

Autorisation de sortie

J'autorise mon/(mes) enfants,

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<u>Nom :</u> <u>Prénom :</u> <input type="checkbox"/> à quitter seul l'ACM à.....heures. Le(s),	<u>Nom :</u> <u>Prénom :</u> <input type="checkbox"/> à quitter seul l'ACM à.....heures. Le(s),	<u>Nom :</u> <u>Prénom :</u> <input type="checkbox"/> à quitter seul l'ACM à.....heures. Le(s),

Je, soussigné(e)..... assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge l'ACM de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Personnes à appeler en cas d'urgence (si les représentants légaux ne sont pas joignables) et/ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie

4 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir les agents du Centre de Loisirs par téléphone en cas d'imprévu.

PERSONNE 1

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone portable.....

Lien avec l'enfant : Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez.....

Pour le(s) enfant(s) :

- Enfant 1 (Nom-prénom) :Classe :
- Enfant 2 (Nom-prénom) :Classe :
- Enfant 3 (Nom-prénom) :Classe :

PERSONNE 2

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone portable.....

Lien avec l'enfant : Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez.....

Pour le(s) enfant(s) :

- Enfant 1 (Nom-prénom) :Classe :
- Enfant 2 (Nom-prénom) :Classe :
- Enfant 3 (Nom-prénom) :Classe :

PERSONNE 3

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone portable.....

Lien avec l'enfant : Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez.....

Pour le(s) enfant(s) :

- Enfant 1 (Nom-prénom) :Classe :
- Enfant 2 (Nom-prénom) :Classe :
- Enfant 3 (Nom-prénom) :Classe :

PERSONNE 4

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

NOM : Prénom : Téléphone portable.....

Lien avec l'enfant : Ami Assistante maternelle Grands-parents Autre, précisez.....

Pour le(s) enfant(s) :

- Enfant 1 (Nom-prénom) :Classe :
- Enfant 2 (Nom-prénom) :Classe :
- Enfant 3 (Nom-prénom) :Classe :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
NOM	NOM	NOM
Prénom	Prénom	Prénom
Renseignements médicaux concernant l'enfant		
L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Régime alimentaire spécifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Régime alimentaire spécifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Régime alimentaire spécifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Date du dernier vaccin antitétanique :	Date du dernier vaccin antitétanique :	Date du dernier vaccin antitétanique :
A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recommandations utiles des parents		
Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, etc. ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, etc. ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, etc. ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Médecin de famille		
NOM :		
Adresse :		
Téléphone :/...../...../...../.....		

Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) doit être établi pour accueillir les enfants présentant une allergie alimentaire ou tout autre contre-indication. Le PAI est mis au point sous la responsabilité du directeur d'école et transmis aux responsables municipaux des activités périscolaires et extrascolaires.

A St André de Seignanx, le.....

Signature responsable légal obligatoire :

Attestation sur l'honneur

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements et des pièces fournis et m'engage à prévenir l'accueil de loisirs de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...) et/ou mettre à jours sur le portail famille.

M'engage à informer l'accueil de loisirs de tout changement de situation familiale survenue en cours d'année (numéro de téléphone, naissance, situation de famille, perte ou reprise d'emploi, changement de quotient familial CAF ou autre)

Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités de l'ACM consultable en ligne (Rubrique Enfance et jeunesse - <http://www.saintandredeaignanx.fr/4-enfance-et-jeunesse>) et sur le portail famille, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

L'accueil de loisirs vous informe que pour la gestion des dossiers, la communication du n° d'allocataire l'autorise à consulter les informations relatives à vos ressources déclarées à la CAF.

D'autre part, en vertu des textes en vigueur, il est porté à la connaissance des parents qu'en cas d'urgence, l'enfant pourra être conduit à l'Hôpital par les services de secours.

Les responsables des activités municipales pourront prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant et contacteront les parents.

Je soussigné(e).....

Représentant légal du (des) enfant(s) :

<i>Enfant 1</i>	<i>Enfant 2</i>	<i>Enfant 3</i>
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS PERMETTRONT L'INSCRIPTION

Pièces vérifiées et fournies pour l'année scolaire 2026/2027

- Attestation de quotient familial ou copie du dernier avis d'imposition si pas de numéro d'allocataire
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile + individuelle accidents-dommages corporels pour l'année scolaire en cours (2026-2027).
- Photocopie des vaccinations du Carnet de santé
- En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif
- Formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire+ RIB
- Photocopie du Livret de famille
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois

Avec tous nos remerciements pour votre compréhension ainsi que pour votre collaboration.

Date et signature du représentant légal, suivies de la mention « Lu et approuvé »

A, le.....

Signature(s) :

" Conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous pouvez obtenir communication, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en vous adressant à l'accueil Collectif de Mineurs Dous Pichouns. Les informations recueillies sont gérées par le Service des Affaires Scolaires pour le traitement administratif du dossier scolaire de votre enfant et ne sont ni diffusées, ni vendues."



Formulaire de consentement pour le traitement de données personnelles

L'établissement Mairie collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Mushroom Ce logiciel permet la gestion des structures scolaires, d'accueil de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e).....

Responsable légal de/des enfants

.....
.....

- Accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants
 N'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants*

Veillez cocher la case correspondante si vous acceptez / n'acceptez pas le traitement de vos données.

*En cas de refus veuillez-vous adresser à la Mairie.

Fait le Signature

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes à l'adresse suivante :

Mairie
227 Route du Bourg
40390 SAINT ANDRE DE SEIGNANX

