

NOM :

PRENOM :

Pour l'année scolaire 2018/2019 :

ECOLE :

CLASSE :

Cadre réservé à l'administration

E

- Accueil matin O F
 Restauration scolaire
 Accueil soir gratuit pour les familles
 Accueil soir payant O F
 Départ seul
 Pas de droit à l'image
 PAI

Sexe : Fille Garçon

Date de naissance : ___/___/_____

En cas de divorce ou de séparation des parents, précisez :

 Fournir le jugement précisant la résidence de l'enfant et la ou les personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale

| Filiation / représentants légaux | Résidence de l'enfant | Titulaire de l'autorité parentale |
|---|--|--|
| Père : NOM :Prénom : Coordonnées (si différentes de celles du foyer) : Adresse : Tél. 1 : Tél. 2 : | <input type="checkbox"/> garde exclusive <input type="checkbox"/> garde alternée* <input type="checkbox"/> n'a pas le droit de garde | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Mère : NOM :Prénom : Coordonnées (si différentes de celles du foyer) : Adresse : Tél. 1 : Tél. 2 : | <input type="checkbox"/> garde exclusive <input type="checkbox"/> garde alternée* <input type="checkbox"/> n'a pas le droit de garde | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autre représentant légal : NOM :Prénom : Qualité : Coordonnées (si différentes de celles du foyer) : Adresse : Tél. 1 : Tél. 2 : | <input type="checkbox"/> garde exclusive <input type="checkbox"/> garde alternée* <input type="checkbox"/> n'a pas le droit de garde | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

***En cas de résidence alternée, précisez l'adresse de l'enfant :**

Adresse 1 : père mère

Modalités :

Adresse 2 : père mère

Modalités :

Accueil du matin (7h45-8h20), lundi-mardi-jeudi-vendredi

J'inscris mon enfant à l'accueil du matin : OUI NON

Tarifification : forfait occasionnel

Période d'inscription : 1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre

Restauration scolaire (12h00-13h30), lundi-mardi-jeudi-vendredi

J'inscris mon enfant à la restauration scolaire : OUI NON

Accueil du soir (16h00-18h15), lundi-mardi-jeudi-vendredi

MON ENFANT EST SCOLARISE EN MATERNELLE

(rubrique à compléter pour les enfants scolarisés de la petite à la grande section uniquement):

Je l'inscris au temps gratuit pour les familles, de 16h00 à 16h30 : OUI NON

Présence : (cocher le ou les jour(s) concerné(s))

| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je l'inscris au temps payant de 16h30 à 18h15 : OUI NON

Tarifification : forfait occasionnel

Période d'inscription : 1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre

Présence : (cocher le ou les jour(s) concerné(s))

| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autorisations :

- J'autorise mon enfant à participer aux éventuelles sorties programmées dans le cadre de l'accueil du soir :

OUI NON

- J'autorise mon enfant à partir accompagné des représentants du foyer, des représentants légaux (si différents), et des personnes ci-après désignées :

| Contact 1 | Contact 2 |
|--|--|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Lien de parenté avec l'enfant : | Lien de parenté avec l'enfant : |
| N° tél domicile : | N° tél domicile : |
| N° tél portable : | N° tél portable : |
| Contact 3 | Contact 4 |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Lien de parenté avec l'enfant : | Lien de parenté avec l'enfant : |
| N° tél domicile : | N° tél domicile : |
| N° tél portable : | N° tél portable : |

MON ENFANT EST SCOLARISE EN ELEMENTAIRE

(rubrique à compléter pour les enfants scolarisés du CP au CM2 uniquement):

Je l'inscris au temps gratuit de 16h00 à 16h30 : OUI NON

Présence : (cocher le ou les jour(s) concerné(s))

| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|-------|-------|-------|----------|
| | | | |

Je l'inscris au temps payant de 16h30 à 18h15 : OUI NON

Je souhaite que mon enfant participe à l'étude surveillée : OUI NON

Tarifcation : forfait occasionnel

Période d'inscription : 1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre 3^{ème} trimestre

Présence : (cocher le ou les jour(s) concerné(s))

| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|-------|-------|-------|----------|
| | | | |



Le départ des enfants est possible entre 16h00 et 16h30 ou entre 17h45 et 18h15. Aucun départ ne sera possible entre 16h30 et 17h45, sauf circonstances exceptionnelles justifiées.

Autorisations :

- J'autorise mon enfant à **participer aux éventuelles sorties** programmées dans le cadre de l'accueil du soir : OUI NON
- J'autorise mon enfant à **rentrer seul après l'accueil périscolaire à 16h30 ou à 17h45, en fonction de l'inscription choisie** : OUI NON*

***Si non**, il est autorisé à partir accompagné des représentants du foyer, des représentants légaux (si différents), et des personnes ci-après désignées :

| Contact 1 | Contact 2 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Lien de parenté avec l'enfant : | Lien de parenté avec l'enfant : |
| N° tél domicile : | N° tél domicile : |
| N° tél portable : | N° tél portable : |
| Contact 3 | Contact 4 |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Lien de parenté avec l'enfant : | Lien de parenté avec l'enfant : |
| N° tél domicile : | N° tél domicile : |
| N° tél portable : | N° tél portable : |

Informations relatives au paiement des factures (accueil du matin – restauration scolaire – accueil du soir)

Inscrire ci-dessous les coordonnées de la ou des personnes qui paieront la ou les facture(s) :

Personne 1 :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

N° Tél :

Paiera la ou les factures suivantes (cocher la ou les cases correspondantes):

Accueil du matin

Restauration scolaire

Accueil du soir

Personne 2 :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

N° Tél :

Paiera la ou les factures suivantes (cocher la ou les cases correspondantes):

Accueil du matin

Restauration scolaire

Accueil du soir

Droit à l'image

Le photographe/vidéaste, agent employé par la Ville/Communauté urbaine d'Alençon ou agissant pour le compte de la Ville/Communauté urbaine d'Alençon, pourra réaliser un ou plusieurs reportages d'une ou plusieurs photographies ou vidéos sur lesquelles apparaît le sujet au cours de l'année scolaire.

OUI NON

ENGAGEMENT DES COLLECTIVITÉS

La Ville et la Communauté urbaine d'Alençon s'interdisent expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du sujet mineur, d'utiliser les photographies objets de la présente autorisation sur tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

MODES DE DIFFUSION

Le signataire qui atteste ne pas être lié avec un tiers par un contrat d'exclusivité sur l'image du sujet mineur autorise expressément les collectivités à faire usage des photographies visées ci-dessus pour **tous les supports de communication matériels ou numériques**, y compris pour un site internet.

Les photographies pourront être exploitées directement par le Ville et/ou la Communauté Urbaine d'Alençon ou cédées à des tiers institutionnels / ou partenaires de communication non marchands, sous toutes les formes précisées ci-dessus.

DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est accordée pour une durée de **1 an** à compter de sa signature.

AUTORISATION A TITRE GRATUIT

Le signataire confirme que son autorisation est donnée en connaissance de cause sans contrepartie financière. Il manifeste ainsi son intérêt et son soutien au travail des collectivités. Il ne pourra prétendre à aucune rémunération du fait des utilisations des images réalisées. Il est conscient que cet accord l'engage contractuellement conformément au code civil et au code de la propriété intellectuelle.

LITIGES

La présente autorisation est soumise au droit français. Tout litige relatif à son exécution, son interprétation ou sa résiliation sera soumis aux juridictions compétentes.

Fait à..... le..... :

(signature du ou des représentants légaux, dépositaires de l'autorité parentale)

Assurance

J'atteste avoir souscrit une assurance « responsabilité civile » ou extra-scolaire pour mon enfant : OUI

Signature :

Renseignements sanitaires

Vaccination DT POLIO (obligatoire) : Date du dernier rappel :

Médecin traitant : NOM : N° Tél :

Renseignements médicaux et recommandations utiles à l'accueil de votre enfant

A-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses, pollen etc.) ? OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....
.....

Traitement médical : Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical (diabète, hémophilie, asthme etc.) ?

OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....
.....

Accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire (AVS) : Votre enfant bénéficie-t-il sur le temps scolaire d'un accompagnement spécifique (handicap moteur etc.) ?

OUI* NON

*Si oui, précisez :

.....
.....

Projet d'accueil individualisé (PAI)* en cours : OUI NON

*Un **Projet d'accueil individualisé (PAI)** concerne les enfants atteints de troubles de la santé (par exemple, troubles respiratoires ou allergie alimentaire). Il s'agit d'un document écrit qui précise les traitements médicaux et/ou les régimes spécifiques liés aux intolérances alimentaires nécessaires sur les temps scolaire et périscolaire. **Aussi, si votre enfant nécessite un accompagnement médical spécifique, veuillez prendre contact avec le médecin scolaire** (à la Direction des services départementaux de l'Education nationale, Cité administrative, Place Bonet, Alençon) **afin de mettre en place un PAI.**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire, des prothèses auditives etc. ?

.....
.....

Je soussigné(e) (NOM - Prénom) responsable légal de l'enfant (NOM - Prénom) déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le responsable de la Ville et de la Communauté urbaine d'Alençon à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à respecter les règlements intérieurs de la restauration scolaire et des temps périscolaires, dans le cas où j'inscris mon enfant à ces services.

Date :

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le responsable du traitement (Maire de la Ville d'Alençon), pour la gestion des temps périscolaires mis en place dans les écoles publiques alençonnaises. Elles sont obligatoires pour pouvoir bénéficier du service public et sont destinées au service vie scolaire de la Ville et de la Communauté urbaine d'Alençon. Les données seront conservées le temps du traitement puis archivées conformément à la durée légale des archives municipales. Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des informations vous concernant, d'un droit d'opposition pour des motifs légitimes en vous adressant par courrier ou courriel au service vie scolaire. Vous avez enfin la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.