

# Document unique d'inscription aux structures

**APS** (Accueil Périscolaire) / **ALSH** (Accueil de Loisirs Sans Hébergement) / **RS** (Restaurant scolaire)

## ECOLE

MARCEL-PAGNOL  SAINTE-MARIE  AUTRES .....

## ENFANT(S)

Nom : ..... Prénom : ..... Fille  Garçon

Date et lieu de Naissance : ..... Classe : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Fille  Garçon

Date et lieu de Naissance : ..... Classe : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Fille  Garçon

Date et lieu de Naissance : ..... Classe : .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT (DES ENFANTS)

Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre responsable légal (famille d'accueil, tutelle)
Nom.....	Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....	Prénom.....
Adresse.....	Adresse.....	Adresse.....
CP..... Ville.....	CP..... Ville.....	CP..... Ville.....
Tél domicile.....	Tél domicile.....	Tél domicile.....
Tél portable.....	Tél portable.....	Tél portable.....
Tél Professionnel .....	Tél Professionnel .....	Tél Professionnel .....

### Adresse de Facturation

Nom ..... Prénom.....

Adresse..... CP..... Ville.....

## MODALITE DE PAIEMENT

Prélèvement  OUI (fournir un RIB mentionnant le N°BIC et l'IBAN)  NON

En cas de changement de références bancaires en cours de contrat, merci de fournir un nouveau RIB.

## DIVERS

### Tarifcation des services

La commune de Besné adhère au service informatique « Mon Compte Partenaire » proposé par la Caisse d'Allocations Familiales, qui permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaire au calcul du Quotient Familial pris en compte dans le tarif qui vous est appliqué.

J'autorise la commune de Besné à consulter mes données ressources en se connectant au service « Mon Compte Partenaire » CAF, en utilisant mon numéro d'allocataire CAF ou MSA : .....

Oui  Non

En l'absence de justificatif, le tarif maximum vous sera appliqué.

Disposez- vous d'un accès internet (création du compte sur le portail familles)?  OUI  NON

Adresse mail .....

Responsabilité civile : Nom et N° d'assurance .....

Informations sur les personnes autorisées à venir chercher l'enfant (les enfants) :

Nom -prénom	Lien avec l'enfant (les enfants)	téléphones

#### CLAUSE D'EXONERATION DE RESPONSABILITE

**Les parents ou tuteurs légaux de l'enfant faisant l'objet de la présente inscription, reconnaissent avoir pris connaissance du fonctionnement des structures et des activités qu'elles proposent et donc :**

↳ Autorisent l'enfant à participer à toutes les activités et sorties mentionnées dans les programmes proposés.

↳ Autorisent les organisateurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures sanitaires d'urgences (médecins, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

↳ Autorisent leur enfant à utiliser tous types de transports collectifs dans le cadre d'animations (transport en commun, minibus, car).

**Oui**     **Non**

↳ Autorisent leur enfant à partir seul

De l'accueil de loisirs  **Oui**     **Non**

De l'accueil périscolaire  **Oui**     **Non**

↳ S'engagent à contacter l'animateur en cas d'indisponibilité de l'enfant à se rendre à l'APS ou à l'ALSH lors d'un temps auquel il était préalablement inscrit.

↳ Autorisent la commune de Besné à utiliser et diffuser, dans le cadre des publications de la commune, des clichés photographiques et des images/vidéos des usagers ; pris par des personnes dûment habilitées, dans le cadre du fonctionnement des structures enfance jeunesse, sans aucune restriction, ni limitation de durée.     **Oui**     **Non**

*Vous attestez avoir pris connaissance du règlement des structures **A.P.S, A.L.S.H et R.S** (disponible sur le site de commune) et êtes en accord avec celui-ci.*

**Signature des responsables légaux précédée de la mention « lu et approuvé »**

## ENFANT(S)

Nom : ..... Prénom : .....  
Date et lieu de Naissance : ..... Garçon  Fille

## Médecin traitant

Nom, adresse et N°tél du médecin traitant .....

## Vaccinations

### Merci de joindre au dossier la copie des vaccins de l'enfant.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, vous devez nous joindre un certificat médical de contre-indication.

## Allergies

### Pathologies et antécédents médicaux nécessaires à l'accueil de votre enfant\*

Votre enfant souffre-t-il d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou aiguës en cours (diabète, hémophilie, asthme...) ?

Oui Si oui, de quelle nature : .....  Non

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux, ou autres éléments d'ordre médical, susceptibles d'entraîner des répercussions sur le déroulement de l'accueil : allergies et intolérance alimentaires, fracture récente, énurésie régulière ou occasionnelle (incontinence), problèmes digestifs, dysménorrhée (règles douloureuses), lunettes, prothèses... ?

Oui si oui, de quelle nature : .....  Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'une contre-indication médicale à des activités physiques ou sportives ?

Oui  Non

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire ?

Oui si oui, précisez lequel : .....  Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (**PAI**) ? Si oui merci de nous fournir obligatoirement une copie du protocole ainsi qu'une trousse d'urgence avec les médicaments nécessaire.

Oui  Non

Votre enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance MDPH ?

Oui  Non

Si oui, merci de joindre le document de notification

**Je déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire et les pièces afférentes et autorise les responsables de la Mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.**

Signatures des responsables légaux :

Fait le : .....

*Vos données sont collectées pour procéder à l'inscription scolaire de vos enfants, ainsi qu'au suivi et à la facturation des services liés à la restauration scolaire et extrascolaire, aux accueils et activités périscolaires, aux accueils collectifs sans hébergement. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pouvez accéder et obtenir copie de vos données, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer dans la limite de la réglementation applicable selon l'objet de votre demande, et limiter leur traitement, en contactant le délégué à la protection des données (DPO) de la collectivité par mail ([dpo@agglocarene.fr](mailto:dpo@agglocarene.fr)) ou par courrier (Délégué à la protection des données, CARENE, 4 Avenue du Commandant l'Herminier, 44600 Saint-Nazaire). Vous bénéficiez également de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.*