

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À CE DOSSIER LORS DE L'INSCRIPTION

La décision de justice en cas de personne divorcée
Nom du détenteur de l'exercice de l'autorité parentale

Notification de paiement des allocations familiales
(copie récente)

Notification Bon de CAF

Copie d'assurance extrascolaire

Copie des vaccinations obligatoires à jour :
Diphtérie - tétanos - poliomyélite - fièvre jaune

Certificat médical obligatoire de moins de 3 mois
(si les vaccins ne sont pas à jour)

1 Photo à coller sur le dossier

Utilisation de vos données personnelles

La ville de Matoury, responsable du traitement des données contenues dans ce formulaire, vous informe que ce traitement correspond à une mission d'intérêt public au regard de l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant aux services périscolaires ainsi qu'à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. Elles sont destinées exclusivement au personnel chargé de l'enregistrement de l'inscription. En aucun cas, elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant. Ces données ne sont pas conservées au-delà de la période d'inscription de votre enfant aux services périscolaires.

Vos droits Conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez :

- d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant,
- du droit à la portabilité de vos données,
- du droit à la limitation d'un traitement vous concernant,
- du droit, pour motifs légitimes de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement.

Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant à la mairie par courrier ou par courriel à contact@mairie-matoury.fr

Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droit. Pour aller plus loin Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez : consulter le site de la CNIL :

<https://www.cnil.fr>

**N.B : les dossiers incomplets ne seront pas acceptés.
Seuls les parents ou toutes personnes habilités par décision de justice
Peuvent procéder à l'inscription de l'enfant.**



Ville Solidaire

DIVISION DE L'ÉDUCATION

Angle des rues Victor CEIDE

et l'Abbé CHERRIER

0594 28 62 08

periscolaire@mairie-matoury.fr

GARDERIES MUNICIPALES 2021 - 2022

ÉCOLE :

NOM :

PRENOM :

TÉLÉPHONE :

LIEUX - HORAIRES

Groupe scolaire du LARIVOT

Groupe scolaire de la RHUMERIE

Groupe scolaire de COPAYA

Groupe scolaire du BOURG

Groupe scolaire de STOUPAN

Elémentaire Jacques LONY

Matin : 06h30 - 07h50

Soir : 16h00 - 18h00

Tarifs :

- Premier enfant : 75 euros

- Deuxième enfant : 50 euros

- Troisième enfant et plus : 30 euros



CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Réceptionné par : Date de dépôt :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Adresse : Nationalité :

Date de naissance : Ages :

Genre (cocher) : Fille Garçon

N° de sécurité sociale auquel est affilié l'enfant :

L'enfant est-il porteur d'un handicap ? : Oui Non Précisez :

Parent 1 : Représentant légal :

Nom et Prénom :

Tél :

Email :@.....

Parent 2 :

Nom et Prénom :

Tél :

Email :@.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Parent 1 Parent 2

Autre (préciser Nom-Prénom-Téléphone) :

Autorisations :

- J'autorise le directeur du centre à prendre toutes les dispositions qui nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Oui Non

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties avec le centre de loisirs et à voyager en transport collectif si besoin (bus).

Oui Non

- Je certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportives de loisirs.

Oui Non

- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre.

Oui Non

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à la fin de la journée.

Oui Non



Autorisation de droit à l'image (cocher) ? Oui Non

- Autorise la municipalité à diffuser les photos dans le cadre d'informations communales (site internet de la Ville de Matoury, le journal de la ville, autres informations communales).

- Autorise l'équipe d'animation à créer avec les enfants une page internet comprenant des photos des activités du centre. Ces photos ne comporteront pas d'informations personnelles au sujet des enfants.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANNÉE 2021



ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Lieu du centre :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA GARDERIE DE L'ENFANT :
ELLE ÉVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE.....BUREAU.....

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

Je soussigné (e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la garderie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :