

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

<b>Cadre administratif</b>	
Ecole de l'année :	Classe :
Nouvelle inscription :	Renouvellement :

Nom :		Prénom :	
Né(e) le :		Lieu de naissance :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Ecole fréquentée :	

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ certifie avoir souscrit pour mon enfant une assurance en Responsabilité Civile pour les activités Péri et extrascolaires pour toute l'année.

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° de Police : \_\_\_\_\_

Adresse de la résidence principale de l'enfant (adresse de facturation) : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS DE L'ENFANT**

<b>RESPONSABLE LEGAL(E) 1</b>	<b>RESPONSABLE LEGAL(E) 2</b>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse postale :	Adresse postale :
Code Postal :            Commune :	Code Postal :            Commune :
Tél Domicile :	Tél Domicile :
Tél Portable :	Tél Portable :
Tél Professionnel :	Tél Professionnel :
Adresse mail :	Adresse mail :
Profession :	Profession :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :

Situation familiale

Marié     Pacsé     Union Libre     Divorcé     Séparé     Veuf/ve     Célibataire

Si parents séparés, merci de préciser si garde alternée  Oui     Non

En cas de séparation ou divorce : joindre la copie du jugement déterminant l'autorité parentale et les modalités de garde et de résidence de l'enfant.

Autres responsables (tuteur/trice légal(e), famille d'accueil, ...)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

**AUTRES RENSEIGNEMENTS**

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Quotient Familial (si allocataire CAF) : \_\_\_\_\_

N° de SS de la personne couvrant l'enfant (pas obligatoire) : \_\_\_\_\_

CPAM     MSA     Autres : \_\_\_\_\_

Frères et sœurs : (nom/prénom/date de naissance) : \_\_\_\_\_

Nombre de frères et sœurs fréquentant l'école : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE SORTIE/PERSONNES HABILITEES EN CHARGE L'ENFANT

**Je soussigné(e), Mme, Mr,** (Personnes majeures) :

Agissant en qualité de responsable légal(e), décharge la collectivité de toute responsabilité après le départ de mon enfant avec les personnes mentionnées. Je suis informé(e) que les personnes mentionnées seront contactées notamment en cas de retard afin de récupérer mon enfant à l'heure de fermeture.

Nom - Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
		<input type="checkbox"/> Familles (préciser) : <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Ami(e) parents <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
		<input type="checkbox"/> Familles (préciser) : <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Ami(e) parents <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
		<input type="checkbox"/> Familles (préciser) : <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Ami(e) parents <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :

## AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE MON ENFANT

**Je soussigné(e) :**

Représentant(e) légal(e) de :

Autorise à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre de toutes les activités et/ou des sorties (Diffusion en interne et en externe) pour :

- la publication dans une revue, un journal (presse écrite ou télévisuelle) ou un ouvrage, sur une affiche, une plaquette ou tout autre support de publicité au nom de l'école ou de la collectivité.

- la diffusion sur sites internet (ex : site internet et réseaux sociaux de la collectivité, journaux municipaux).

- Pour présentation en public lors d'une exposition....

Autorise uniquement la publication et l'utilisation de l'image en interne : expositions au sein de l'école, diaporama...

N'autorise pas la collectivité à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant (désigné ci-dessus).

## AUTORISATION DE SORTIE PEDAGOGIQUE PERISCOLAIRE

**Je soussigné(e) :**

Représentant(e) légal(e) de :

Autorise mon enfant à quitter la structure périscolaire, régulièrement pour tout déplacement pédagogique (stade, spectacle, médiathèque...). Il sera accompagné et sous la responsabilité de l'animateur.

## AUTORISATION DE SORTIE

**Je soussigné(e) :**

Représentant(e) légal(e) de :

Autorise mon enfant à quitter la structure périscolaire seul (possible uniquement à partir de 6 ans) :

NON  OUI, à partir que quelle heure : Midi h Soir h

Je décharge la collectivité et l'école de toute responsabilité concernant le trajet de mon enfant une fois sorti de l'enceinte scolaire.

## SERVICES PERISCOLAIRES

Cocher les services périscolaires que votre enfant sera amené à utiliser

ALAE du matin  ALAE du soir  Transport scolaire  Cantine

## AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives périscolaires : OUI  NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI  NON

Autorisation de transport en véhicule : OUI  NON

La facturation sera adressée à :  Responsable légal 1  Responsable légal 2  Autre responsable

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des représentants légaux :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

► **Important : signalez au plus tôt toutes modifications des renseignements portés sur cette fiche sanitaire.**

L'ENFANT	
Nom :	Prénom :
Né(e) le :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Taille :	Poids :

VACCINATION					
VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
DT POLIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Bactérie Haemophilus Influenzae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication, attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

### Allergies

ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES :

En cas d'allergie ou de traitement médical, un protocole d'accueil individualisé (PAI) établi par le médecin scolaire est obligatoire.

PAI en cours : NON  OUI  (joindre le protocole)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte-t-il des lentilles : OUI  NON

Des lunettes : OUI  NON  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Doit-il les porter en classe uniquement ? OUI  NON

Des prothèses auditives : OUI  NON  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareil dentaire : OUI  NON  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations pouvant être utile / précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

### MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :

Téléphone :

## PERSONNES A JOINDRE EN PRIORITE EN CAS DE PROBLEME MEDICAL

### Outre les parents

Nom - Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
		<input type="checkbox"/> Familles (préciser) : <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Ami(e) parents <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
		<input type="checkbox"/> Familles (préciser) : <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Ami(e) parents <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :
		<input type="checkbox"/> Familles (préciser) : <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Ami(e) parents <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce document et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je m'engage également à acquitter tous les frais occasionnés par ces interventions.

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de l'école et de l'accueil périscolaire.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature des responsables légaux :

## PRECISIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les données à caractère personnel collectées dans ce dossier unique d'inscription de l'enfant le seront pour les besoins d'inscription de l'enfant, du suivi administratif des dossiers d'inscription et de l'exécution de toutes les missions afférentes aux services scolaire, périscolaire et extrascolaire. Ces informations et données sont également conservées à des fins de sécurité en interne. L'ensemble des informations collectées sont nécessaires au bon fonctionnement des services. Ainsi, elles ne seront traitées que dans la mesure où cela est nécessaire notamment pour assurer créer et gérer les accès à nos services, la vérification de la validité des informations nécessaires à des paiements, réaliser des études statistiques, ainsi que respecter nos obligations légales.

Les informations personnelles collectées seront conservées pendant la durée de l'inscription de l'enfant à une activité périscolaire, extrascolaire, à la restauration scolaire ou extrascolaire, à un transport scolaire.

L'accès aux données personnelles est strictement limité. Ainsi peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires des données traitées :

1. En ce qui concerne l'inscription et la gestion de la scolarisation des enfants :

- le Président de la communauté d'agglomération, les élus ayant reçu une délégation en ce sens et les agents en charge des affaires scolaires ou de services disposant de compétences déléguées en la matière où est scolarisé l'enfant, si celle-ci diffère de la première ;
- les directeurs d'établissement scolaire pour ce qui concerne les élèves affectés dans leur établissement ;
- l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) 1er degré chargé de circonscription, pour ce qui concerne les seuls élèves scolarisés dans la circonscription dont il a la charge ;
- le recteur d'académie ou le directeur académique des services de l'éducation nationale (DASEN) agissant sur délégation du recteur ;
- le président du conseil départemental ou les agents disposant de compétences déléguées en la matière, dans le seul cadre de sa mission d'organisation des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle.

2. En ce qui concerne le contrôle de l'obligation scolaire :

- les élus de l'institution ;
- les délégués départementaux de l'éducation nationale ;
- les assistants de service social ;
- les membres de l'enseignement ;
- les agents de l'autorité compétente de l'État en matière d'éducation ;
- l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale ou son délégué.

3. En ce qui concerne l'inscription et la gestion des services autres que la scolarisation :

- les agents du service, dans la limite de leurs attributions respectives ;
- les personnels des prestataires de services ou associations auxquels le Président de la communauté d'agglomération peut faire appel pour organiser et gérer ces services ;
- spécifiquement pour les services d'accueil de la petite enfance, les personnels de direction de ces structures et les professionnels de santé attachés à l'établissement, pour ce qui concerne l'état vaccinal et les données de santé relative à l'enfant.

4. En ce qui concerne la facturation des différents services payants :

- les personnels des organismes concernés chargés des opérations administratives et comptables ;
- les services du comptable public ou des établissements bancaires financiers ou postaux concernés par les opérations de mise en recouvrement ;
- les services de l'Etat habilités à exercer un contrôle en la matière ;
- les officiers publics ou ministériels.

5. Également, les caisses d'allocations familiales (CAF) et la CNAF, à des seules fins statistiques ou de recherche scientifique. Il est rappelé que, dans le cadre de l'exécution de leurs missions, les tiers n'ont qu'un accès limité aux données et ont l'obligation de les utiliser en conformité avec les dispositions de la législation applicable en matière de protection des données personnelles. En dehors des cas énoncés ci-dessus, les services s'engagent à ne pas vendre, louer, céder ou donner accès à des tiers aux données. Ces données, à caractère personnel, ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux précédemment cités. Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant :

[sylvie.bellinger@gaillac-graulhet.fr](mailto:sylvie.bellinger@gaillac-graulhet.fr)

En cas de difficulté en lien avec la gestion de ses données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès du délégué à la protection des données personnelles de la communauté d'agglomération Gaillac-Graulhet à [dpo@gaillac-graulhet.fr](mailto:dpo@gaillac-graulhet.fr).

Cela peut être fait également auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou de toute autre autorité compétente.

## Pièces à fournir

- Justificatif de domicile
- Carnet de santé
- Attestation quotient familial CAF / MSA
- Livret de famille (*pour une nouvelle inscription*)
- Attestation sécurité sociale (*pour une nouvelle inscription*)
- Assurance scolaire
- Jugement en cas de divorce