

MERCI DE REMPLIR UNIQUEMENT LES PARTIES NECESSAIRES

ENFANT

NOM : PRENOMS :
 Sexe : masculin ☐ féminin ☐
 Date de naissance :/...../.....
 Lieu de naissance : Département (en chiffres) :
 L'enfant vit chez : ses deux parents ☐ sa mère ☐ son père ☐
☐ en alternance (semaine paire/impair à préciser) :
☐ en famille d'accueil (à préciser) :
☐ autre (à préciser) :

INSCRIPTION SCOLAIRE

NOM DE L'ECOLE (école de secteur) :
 Maternelle ☐ Elémentaire ☐ Classe :
 Ecole fréquentée précédemment (si différent) :
Demande de dérogation (autre école de secteur) : oui ☐ non ☐
 Si oui, école souhaitée :
 Motifs : Fratrie ☐ Assistante maternelle ☐ Cursus pédagogique ☐ Autre ☐

RESPONSABLES LEGAUX

Mère

Autorité parentale : oui ☐ non ☐

NOM d'usage : PRENOMS :
 NOM de naissance :
 Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance (+ Dép.) :
 Situation familiale : célibataire ☐ mariée ☐ veuve ☐ divorcée ☐ séparée ☐ pacsée ☐ concubine ☐
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 ☎ :
 N° allocataire CAF ou MSA (obligatoire) :

☐ autorise son utilisation pour le compte Espace famille
(1 seul par foyer)

Courriel :
 Profession : Employeur :
 Adresse de l'employeur :
 ☎ (travail) : ☎ (travail) :

Père

Autorité parentale : oui ☐ non ☐

NOM d'usage : PRENOMS :
 Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance (+ Dép.) :
 Situation familiale : célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ divorcé ☐ séparé ☐ pacsé ☐ concubin ☐
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 ☎ :
 N° allocataire CAF ou MSA (obligatoire) :

☐ autorise son utilisation pour le compte Espace famille
(1 seul par foyer)

Courriel :
 Profession : Employeur :
 Adresse de l'employeur :
 ☎ (travail) : ☎ (travail) :

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Structure/organisme d'accueil : Autorité parentale : oui ☐ non ☐
 Personne référente :
 Fonction : Lien avec l'enfant :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 ☎ : ☎ : Courriel :

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER				
Frères et Sœurs				
	NOM	PRENOM	Date de naissance	Lieu de naissance (+Dpt)
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				
Enfant 5				
Belle-Mère/Beau-Père ou concubine/concubin				
NOM d'usage : PRENOMS : NOM de naissance : Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance (+ Dép.) : Situation familiale : célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ pacsé(e) ☐ concubin(e) ☐ Adresse : Code postal : Ville : ☎ : 📠 : Profession : Employeur : Adresse de l'employeur : ☎ (travail) : 📠 (travail) :				
PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT (autre que les représentants légaux ou vivant au foyer)				
Important : renseigner une seule personne par encart (pas de M. et Mme sur la même ligne)				
1ère personne				
NOM : PRENOM : A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisée à prendre l'enfant à la sortie ☐ Lien avec l'enfant : Adresse : Code postal : Ville : Coordonnées téléphoniques obligatoires si personne "à appeler en cas d'urgence" ☎ : 📠 :				
2ème personne				
NOM : PRENOM : A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisée à prendre l'enfant à la sortie ☐ Lien avec l'enfant : Adresse : Code postal : Ville : Coordonnées téléphoniques obligatoires si personne "à appeler en cas d'urgence" ☎ : 📠 :				
3ème personne				
NOM : PRENOM : A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisée à prendre l'enfant à la sortie ☐ Lien avec l'enfant : Adresse : Code postal : Ville : Coordonnées téléphoniques obligatoires si personne "à appeler en cas d'urgence" ☎ : 📠 :				
4ème personne				
NOM : PRENOM : A appeler en cas d'urgence ☐ Autorisée à prendre l'enfant à la sortie ☐ Lien avec l'enfant : Adresse : Code postal : Ville : Coordonnées téléphoniques obligatoires si personne "à appeler en cas d'urgence" ☎ : 📠 :				

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : ALLERGIES et/ou TRAITEMENTS

Asthme oui ☐ non ☐ Allergies médicamenteuse(s) oui ☐ non ☐

Allergies alimentaire(s) oui ☐ non ☐ Projet d'accueil individualisé (PAI) oui ☐ non ☐
si oui, déposer une copie avant la fréquentation des différents dispositifs

Régime alimentaire spécifique :

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et que mon enfant est à jour de ses vaccins (pages vaccinations fournies) ☐

Précisions autres à apporter (port de lunettes, crises convulsives, aliments ou médicaments non autorisés :

Médecin traitant : ☎ :

En cas d'allergies, pathologies nécessitant un traitement, protocoles spécifiques,... la réalisation d'un PAI est obligatoire. Merci de contacter la médecine scolaire pour l'établissement du document au 02.43.45.22.52

NOTE A LA FAMILLE

Lors de ses différentes activités, votre enfant peut avoir besoin de soins. En fonction de la gravité de la situation, les personnels appelleront les secours qui feront intervenir soit une équipe du SAMU, les pompiers soit une ambulance privée.

Les personnels municipaux et communautaires ne sont pas habilités à administrer des médicaments aux enfants.

AUTORISATIONS VALABLES POUR TOUTES LES ACTIVITES

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations de la ville ou de la CCPF, j'autorise la publication d'images de mon enfant (photos et vidéos) :

- sur les supports de communication de ces deux structures ainsi que sur les magazines et journaux locaux. oui ☐ non ☐

- sur le **portail e-primo** (suppression des images après chaque année scolaire) oui ☐ non ☐

INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE

Autorisation pour toute intervention médicale ou chirurgicale oui ☐ non ☐

Lieu d'hospitalisation :

AUTORISATIONS

DES SERVICES PERISCOLAIRES (Pause méridienne, Pass Educatif,...)

J'autorise mon enfant à rentrer seul (uniquement pour les élémentaires). oui ☐ non ☐

DES SERVICES EXTRASCOLAIRES (Accueils de Loisirs, Tickets sports, Club Ados,...)

Mon enfant a plus de 8 ans, je l'autorise à rentrer seul à la sortie des Accueils de Loisirs. oui ☐ non ☐

Mentions légales : Les données vous concernant contenues sur ce Dossier Administratif Unique, qui doit être complété, sont fournies sur la base de votre consentement et sont destinées à être traitées par la Direction des Services aux familles de la commune de La Flèche en charge de l'activité scolaire et de certaines activités périscolaires, et de la Communauté de communes du Pays Fléchois en charge de certaines autres activités périscolaires et des activités extrascolaires mis en place sur le territoire où vous résidez. Elles sont nécessaires pour l'organisation et le fonctionnement d'un service de qualité et, dans le cadre de leur traitement, certaines de ces données sont susceptibles d'être transmises aux communes sur le territoire desquelles se situent les différentes structures d'accueil et à ces structures elles-mêmes.

Ces données seront conservées pendant toute la durée nécessaire à atteindre la finalité de leur traitement et, en aucun cas, elles ne seront transmises à des tiers.

Conformément à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement européen sur la protection des données n° 2006/679 du 27 avril 2016 (RGPD), pour tout renseignement concernant ces données et leur traitement ou pour exercer les droits qui vous sont reconnus par la réglementation en vigueur (accès, rectification, portabilité, effacement des données, limitation ou opposition au traitement de ces données), vous pouvez prendre contact avec le responsable du traitement (Maire de la commune pour certains services et Président de la Communauté de communes pour d'autres services) à l'adresse suivante rgpd@ville-lafleche.fr ou rgpd@cc-paysflechois.fr /ou le délégué à la protection des données (Ateart, mail : dpo@sarthe.fr). Un justificatif d'identité vous sera alors demandé. Vous pouvez également, si vous le jugez nécessaire, prendre contact avec l'autorité de contrôle compétente à l'adresse suivante : contact@cnil.fr

Je (nous), soussigné(e)(s) responsable(s) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur ce document, et déclare(nt) avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services périscolaires et extrascolaires disponible sur les sites Internet de la Ville de La Flèche (www.ville-lafleche.fr) et de la Communauté de Communes du Pays Fléchois (www.paysflechois.fr) et des mentions légales ci-dessus et en accepter les termes.

Date :

Signature du ou des représentants légaux :

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR POUR LES ACTIVITES CI-DESSOUS pièces à fournir pour toute nouvelle inscription, ou pour tout changement de situation (domicile ou familial).	
PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR SELON LES ACTIVITES	
Pré-inscription scolaire	☐ Livret de famille ou acte de naissance ☐ Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (EDF, GDF,...) ☐ En cas de divorce ou de séparation, fournir le(s) jugement(s) précisant le lieu d'habitation et l'attribution de l'autorité parentale de l'enfant ☐ Copie du certificat de radiation (s'il est en votre possession)
Dérogation scolaire	☐ Imprimé de dérogation à compléter ☐ Courrier motivant la demande (et justificatif possible) ☐ Fournir les 3 derniers bulletins de salaire et le justificatif de domicile de l'assistante maternelle (ou contrat liant l'enfant à l'assistante maternelle) pour un motif de demande liée à l'assistante maternelle
Services périscolaires Ville et extra-scolaires CCPF <i>(Pause méridienne, Accueil périscolaire, Tickets sports, Club Ados,...)</i>	Si 1ère inscription (enfant n'ayant jamais fréquenté un dispositif éducation, enfance ou jeunesse de la CC du Pays fléchois) ☐ Livret de famille ou acte de naissance ☐ Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (EDF, GDF,...) ☐ Carnet de santé (pages vaccinations) ☐ Copie du Projet d'Accueil Individualisé de l'enfant ou de son renouvellement <u>avant la participation de l'enfant au dispositif</u> et copie de l'allergologue ou spécialiste suivant situation et protocole ☐ En cas de divorce ou de séparation, fournir le(s) jugement(s) précisant le lieu d'habitation et l'attribution de l'autorité parentale de l'enfant
Pass Educatif CCPF	☐ Carnet de santé (pages vaccinations) ☐ Copie du Projet d'Accueil Individualisé de l'enfant ou de son renouvellement <u>avant la participation de l'enfant au dispositif</u> et copie de l'allergologue ou spécialiste suivant situation et protocole ☐ En cas de divorce ou de séparation, fournir le(s) jugement(s) précisant le lieu d'habitation et l'attribution de l'autorité parentale de l'enfant
Facturation	☐ Attestation de quotient familial de la CAF ou de la MSA (à défaut votre(vos) dernier(s) avis d'imposition du foyer et attestation de paiement de la CAF ou de la MSA (prestations familiales)) ☐ Pour une demande de prélèvement automatique ou pour tout changement de coordonnées bancaires : imprimé de prélèvement à compléter, accompagné d'un RIB IBAN

COORDONNEES	
Cellule administrative Direction Services aux familles	Espace Gambetta
Tél : 02.43.48.53.71 education@ville-lafleche.fr alsh@cc-paysflechois.fr espacefamille@cc-paysflechois.fr	Tél : 02.43.45.68.55 jeunesse@cc-paysflechois.fr espacefamille@cc-paysflechois.fr
Horaires d'ouverture : Lundi, Mardi, Mercredi et Vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h30 Jeudi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h30	Horaires variables en fonction des périodes scolaires / vacances scolaires : à consulter sur le site de la CC du Pays fléchois https://www.paysflechois.fr/jeunesse/espace-gambetta/