

**DOSSIER D'INSCRIPTION
RESTAURATION & CLAE
Année 2021 - 2022**

**R
E
N
S
E
I
G
N
E
M
E
N
T
S

O
B
L
I
G
A
T
O
I
R
E
S**

Enfant

Nom : Prénom :

Sexe : M F Né(e) le : à

Adresse :

Code postal : Commune :

Ecole : Classe :

Responsables légaux

Responsable de l'enfant	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom		
Prénoms		
Lien social avec l'enfant		
Adresse <small>si autre que celle de l'enfant</small>		
Tél. domicile		
Tél. portable		
e-mail		
N° CAF ou MSA		
Profession		
Employeur		
Téléphone professionnel		

Prestation / Fréquence	CLAE matin	Restauration Scolaire + CLAE midi	CLAE soir
Réservation	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>

L'inscription occasionnelle est possible en respectant les délais mentionnés dans les règlements intérieurs. (Voir ci-joints)

Documents à fournir impérativement

Pour une inscription restauration et CLAE : Prestations payantes non obligatoires

- Copie des pages de vaccination du carnet de santé
- Attestation d'assurance scolaire responsabilité civile et risques individuels

Pour le calcul des tarifs 2021-2022 : fournir attestation du quotient familial de la CAF ou bien de la MSA, selon la caisse vous versant les allocations ainsi que l'avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019. Pour les enfants en garde alternée les 2 avis seront nécessaires.

Les informations recueillies directement auprès de vous à partir de ce formulaire d'inscription font l'objet d'un traitement informatique par la Ville de Marmande pour la ou les finalité(s) suivante(s) : l'étude du dossier et le traitement de la demande d'inscription scolaire (école) et périscolaires (restauration, CLAE) de votre enfant. Ce traitement de données est fondé sur l'exécution d'une mission de service public. Le ou les destinataire(s) des données sont les agents habilités de la ville de Marmande. Elles seront conservées pendant la durée de scolarisation de votre enfant dans une des écoles de la ville de Marmande, sauf en cas de durée de conservation plus longue justifiée par des exigences légales.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier au DPO (Data Protection Officer) – service éducation Place Clemenceau 47200 Marmande ou par courriel dpo@mairie-marmande.fr. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Les données collectées sont uniquement destinées à un usage interne et ne seront en aucun cas cédées ou vendues à des tiers. Les informations recueillies pour les accueils périscolaires le sont sous la seule responsabilité des associations organisatrices, qui assurent le droit à l'information ainsi que l'exercice des droits des personnes concernées

Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs ci-joints.

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage en cas de changement de ces informations à les signaler auprès du Service Education de la Mairie de Marmande.

Marmande, le

Signatures : le Responsable légal 1 et / ou le responsable légal 2

INSCRIPTION AU CLAE
Centre de Loisirs Associé à l'Ecole
Année 2021 - 2022

J'autorise mon enfant à quitter l'école seul : OUI NON

(Rappel : les enfants des écoles maternelles ne peuvent pas partir seul)

Si non, personnes habilitées à venir chercher l'enfant en dehors des responsables légaux

NOM Prénom	Lien social	N° de téléphone

Dans le cadre des activités périscolaires, les équipes d'animation sont amenées à filmer ou prendre vos enfants en photo, ceci pour un usage INTERNE (exposition, projet vidéo, informatique, etc....)

J'autorise l'équipe d'animation à filmer ou à prendre en photo mon enfant : OUI NON

Dans le cadre des temps CLAE, des activités hors de l'école peuvent être proposées à vos enfants, celles-ci sont menées et encadrées par l'équipe d'animation.

J'autorise mon enfant à participer à ces activités extérieures : OUI NON

Dans le cadre des activités périscolaires des **élémentaires**, l'équipe d'animation du CLAE propose à votre enfant une aide aux devoirs les lundis, mardis et jeudis soir.

Cet accueil sera organisé en fonction des effectifs et suivant les besoins des enfants en concertation avec l'équipe enseignante.

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame, souhaite que mon enfant participe à cette aide aux devoirs :

Lundi soir : OUI NON
Mardi soir : OUI NON
Jeudi soir : OUI NON

ASSURANCE DE VOTRE ENFANT (partie réservée à l'administration)

Attestation d'assurance scolaire 2021/2022 fournie au Service Education

Oui Non

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage en cas de changement de ces informations à les signaler auprès du Service Education de la Mairie de Marmande.

Marmande, le

Signatures : le Responsable légal 1 et / ou le responsable légal 2

R
E
N
S
E
I
G
N
E
M
E
N
T
S

O
B
L
I
G
A
T
O
I
R
E
S



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diothérie				Hépatite B	
T					
f					
c					
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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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 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 PARCOURANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____
 Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES