



## PERIODE INSCRIPTION : DU 2 SEPTEMBRE 2024 AU 5 juillet 2025

DOCUMENT A REMPLIR IMPERATIVEMENT AVANT TOUTE INSCRIPTION

DOSSIER A RETOURNER IMPERATIVEMENT A L'ACCUEIL OU DANS LA BOITE AUX LETTRES DE LA MAIRIE OU PAR MAIL  
DOSSIER PERISCOLAIREPERISCOLAIRE DE SEPTEME  Matin  Midi  Soir  
 Bus scolaire

Nom Prénom Enfant	Date de naissance	inscription en classe de :

Prestations familiales :  Régime général  Régime agricole  Autre Régime   
Numéro Allocataire CAF : Quotient :

Responsable (1)		Responsable (2)	
Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/>		Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/>	
Nom Prénom :		Nom Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
code postal :	ville :	code postal :	ville :
tel port:		tel port:	
Mail :		Mail :	
Situation familiale :		Situation familiale :	
Autorité parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Autorité parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Situation professionnelle :		Situation professionnelle :	
Dans le cadre du règlement intérieur Il est toutefois demandé aux familles de contracter une assurance responsabilité civile pour leur enfant. Il est conseillé de l'étendre à une garantie individuelle.			
Attestation de police assurance responsabilité civile		N° de police :	Assurance :

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LE (OU LES) ENFANT(S)

Nom Prénom	Téléphone	lien de parenté :	Appel en cas d'urgence :
			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"/>

## REGLEMENT GENERAL A LA PROTECTION DES DONNEES

Conformément à la réglementation en vigueur relative au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les données collectées concernant votre famille dans le présent formulaire ont pour finalité la bonne organisation du Service Animation : Aish Périscoplaire. Seuls les services municipaux concernés ont accès à ces données confidentielles.  
En application de l'instruction DGP/SIAF/2014/006 du 22 septembre 2014, ces données seront conservées 10 ans après la fin de la période scolaire concernée par l'inscription.  
Vous pouvez accéder et le cas échéant modifier ces données en contactant le service enfance ou directement par le biais du portail famille en vous connectant avec votre code personnel et unique.

## Autorisations :

<b>Activités pédagogiques</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités mises en place à l'extérieur de la structure	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Sortie seul ou avec un professeur de sport</b> ( à préciser), sous sa responsabilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Professeur de .....
<b>Prise de photo/films</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Déclare que mon enfant bénéficie d'un P.A.I (Uniquement Maladies ou Allergies nécessitant unPAI)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Date :	Signatures (s) précédée(s) de lu et approuvé :