

# FICHE D'INSCRIPTION

## 2026-2027

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	



\* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Num :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER	
Contacts existants	

Nouveaux contacts			
Contact	Contact		
Nom :	Nom :		
Prénom :	Prénom :		
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		
Tél. :	Tél. :		
Portable :	Portable :		
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact	Contact		
Nom :	Nom :		
Prénom :	Prénom :		
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		
Tél. :	Tél. :		
Portable :	Portable :		
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES		
Autorisations		Réponse
<b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).		OUI / NON
<b>Prise de photo</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 dans les différentes structures.		OUI / NON
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.		OUI / NON
<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 / NON

Appareillage		Réponse
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?		OUI / NON
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?		OUI / NON
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?		OUI / NON

Handicap		Réponse
<b>Handicapé</b> : Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?		OUI / NON

Données complémentaires		
Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Covid		
Diphhtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomylérite (DTCP)		
Diphhtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomylérite, Haemophilus (DTCPh)		
Diphhtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomylérite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphhtérie, Tétanos, Poliomylérite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque ACWY		
Méningocoque B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

---

## Mode d'emploi :

Si vous désirez inscrire votre enfant à une des activités ci dessous, modifiez la semaine type et entourez la mention 'Ajouter'

Remarque : Les cases grisées correspondent à des jours où l'activité est fermée.

Etablissement : Ecole ALAIN OLLIER

ATTESTATION

**Nous soussignés (\*)**

**responsables légaux de l'enfant (\*)**

- certifications avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifications que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

\* A remplir obligatoirement

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans des fichiers (informatique et papier) détenus par la **Commune de Saint Bonnet près Orcival** pour la seule **gestion et le seul bon fonctionnement du service scolaire et périscolaire**.

Les données sont conservées pendant **toute la durée d'utilisation du service** et sont destinées **au personnel de la commune travaillant dans le cadre du service scolaire et périscolaire**.

En application des dispositions du **Règlement Général sur la Protection des Données (article 15 à 22)**, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification, d'un droit à la limitation du traitement de vos données et d'un droit à l'oubli (cf. [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits).

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO).

- Contacter notre DPO par voie électronique :

[dpo-adit63@puy-de-dome.fr](mailto:dpo-adit63@puy-de-dome.fr)

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

Je soussigné ..... reconnaissais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon consentement explicite à l'utilisation de mes données personnelles dans la finalité exprimée ci-dessus.

Signature

