



FEUILLE D'INSCRIPTION RPI SAUVIAT-SUR-VIGE - MOISSANNES FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Pour la rentrée en classe de : PS CP CM1
 MS CE1 CM2
 GS CE2

ENFANT

Nom :

Prénom(s) :

Né le : / /

Sexe : Masculin Féminin

Adresse de l'enfant :

L'enfant prendra-t-il le bus scolaire ? Non Oui (si oui, n° du circuit :)

L'enfant prendra-t-il la navette ? Non Oui

PARENTS OU RESPONSABLES LÉGAUX

Nom :

Prénom(s) :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....

Profession (si vous pensez faire partie des professionnels indispensables à la gestion de l'épidémie) :
.....

Téléphones :

- Fixe :

- Portable :

- Professionnel :

Adresse email :

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom(s) :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :
.....

Profession (si vous pensez faire partie des professionnels indispensables à la gestion de l'épidémie) :
.....

Téléphones :

- Fixe :

- Portable :

- Professionnel :

Adresse email :

Lien avec l'enfant :

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : Mairies, écoles, agents en charge du temps périscolaires, cantines de communes de Sauviat-sur-Vige et de Moissannes. Elles pourront être transmises aux structures et professionnels de santé au cas échéant. Vous disposez sur vos données de droit d'accès et de rectification (articles 15 et 16 de la RGPD). Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles si vous estimez qu'il est déloyal ou illicite (article 21 du RGPD). Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser votre demande aux Mairies suivantes :

Sauviat-sur-Vige : 68, rue Emile Dourdet, 87400 SAUVIAT-SUR-VIGE / mairie.sauviat@orange.fr

Moissannes : 1, rue de la Mondoune, 87400 MOISSANNES / mairie-de-moissannes@wanadoo.fr

Vous avez le droit d'adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL - 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07 / www.cnil.fr/fr/plaintes) si vous estimez que vos droits en matière de protection des données ont été violés.

FRÈRES ET SŒURS

Nom	Prénoms	Date de naissance	Ecole fréquentée

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT À LA SORTIE

<p>Nom :</p> <p>Prénom(s) :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Téléphones :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixe : - Portable : - Professionnel : <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant </p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom(s) :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Téléphones :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixe : - Portable : - Professionnel : <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant </p>
<p>Nom :</p> <p>Prénom(s) :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Téléphones :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixe : - Portable : - Professionnel : <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant </p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom(s) :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Téléphones :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixe : - Portable : - Professionnel : <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisé à récupérer l'enfant </p>

Fait à le

Je soussigné(e) certifie exacte les informations susmentionnées.

Signature :



FEUILLE D'AUTORISATIONS



ENFANT

Nom : Prénom(s) :

AUTORISATIONS DE SORTIE

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire à h

Je soussigné(e) assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge les Mairies de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant. **Oui** **Non**

AUTORISATION DE LA PUBLICATION DE L'IMAGE DE MON ENFANT

J'autorise les Mairies à photographier ou filmer dans le cadre des activités mon enfant et à utiliser les photos et les enregistrements audio sur lesquelles figure mon enfant qui serait prise dans le cadre des activités périscolaires.

Celles-ci pourront être reproduites par les Mairies ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (revues et supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

Mère : **Oui** **Non** Père : **Oui** **Non**

AUTORISATION DE DÉPLACEMENT EN DEHORS DE L'ÉCOLE

Autorise les déplacements en dehors de l'école à pied ou transport en bus avec l'équipe accompagnatrice.

Mère : **Oui** **Non** Père : **Oui** **Non**

ASSURANCE

L'enfant doit être couvert pendant les temps périscolaires par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Responsabilité civile Individuelle accident

Compagnie d'assurance : N° de contrat :

ASSOCIATION

Mon adresse peut être communiquée aux associations des parents d'élèves, ainsi que le n° de téléphone et le mail.

Mère : **Oui** **Non** Père : **Oui** **Non**

BLOG ÉCOLE

J'autorise l'école à utiliser les photos et les films pour l'accès internet du blog de l'école.

Mère : **Oui** **Non** Père : **Oui** **Non**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service écoles et loisirs et les écoles de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale, etc.).

Fait à le

Signature de la mère

Signature du père



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



L'ENFANT

Nom : Prénom(s) :

Né le :/...../..... Sexe : Masculin Féminin

Classe de : PS CP CM1
 MS CE1 CM2
 GS CE2

SANTÉ DE L'ENFANT

• **Allergies** : Non Oui si oui, préciser :

• **Régime alimentaire** : Non Oui Si oui, préciser si votre enfant suit un régime alimentaire particulier (sans gluten, sans porc, etc.)

• **Projet d'Accueil Individualisé** : Non Oui (si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles)

• **Votre enfant suit-il un traitement médical nécessitant une prise en cours de journée ?**

Non Oui si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments dans la boîte d'origine (avec notice) marquée au nom de l'enfant (**aucun médicament ne sera administré sans ordonnance**)

• **Coordonnées du médecin traitant**

Nom :

Prénom :

Adresse du cabinet :

Téléphone :

En cas d'accident ou de grave maladie survenant pendant le temps scolaire et/ou périscolaire, j'autorise les communes de Sauviat-sur-Vige et de Moissannes à prendre toutes les mesures utiles et notamment à contacter le SAMU territorialement compétent qui sera alerté sans délai. La famille sera avertie par les communes.

- Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
- J'autorise les communes de Sauviat-sur-Vige et Moissannes représentées par ses agents et les enseignants à prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins si nécessaire.
- Je m'engage à prendre en charge tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Fait à le

Signature du représentant légal :

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : Mairies, écoles, agents en charge du temps périscolaires, cantines de communes de Sauviat-sur-Vige et de Moissannes. Elles pourront être transmises aux structures et professionnels de santé au cas échéant. Vous disposez sur vos données de droit d'accès et de rectification (articles 15 et 16 de la RGPD). Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles si vous estimez qu'il est déloyal ou illicite (article 21 du RGPD). Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser votre demande aux Mairies suivantes :

Sauviat-sur-Vige : 68, rue Emile Dourdet, 87400 SAUVIAT-SUR-VIGE / mairie.sauviat@orange.fr

Moissannes : 1, rue de la Mondoune, 87400 MOISSANNES / mairie-de-moissannes@wanadoo.fr

Vous avez le droit d'adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL - 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07 / www.cnil.fr/fr/plaintes) si vous estimez que vos droits en matière de protection des données ont été violés.

ENFANT

Nom :

Prénom(s) :

Né le :/...../.....

Sexe : Masculin Féminin

TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

SAUVIAT-SUR-VIGE

L'enfant fréquentera les temps d'activité périscolaires facultatifs organisés les : lundi, mardi, jeudi et vendredi de : 13h15 à 14h15

Oui Non

MOISSANNES

L'enfant fréquentera les temps d'activité périscolaires facultatifs organisés les : lundi, mardi, jeudi et vendredi de : 13h15 à 14h30

Oui Non

GARDERIE PÉRISCOLAIRE

L'enfant fréquentera la garderie périscolaire de sa commune : Oui Non

Si oui, cocher les cases correspondantes en fonction de sa commune :

SAUVIAT-SUR-VIGE

MOISSANNES

Garderie matin (7h00 - 9h00) Garderie soir (16h25 - 19h00)

Garderie matin (7h00 - 8h50) Garderie soir (16h15 - 19h00)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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"/> Mercredi (12h - 12h30)
<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Vendredi |
|---|---|

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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"/> Mercredi (12h - 14h30)
<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Vendredi |
|---|---|

Régulièrement

Occasionnellement



Si l'enfant ne fréquente pas la garderie du soir un jour prévu, merci d'avertir le personnel responsable de son départ après la classe.

CANTINE PÉRISCOLAIRE

L'enfant fréquentera la cantine périscolaire de son école : Oui Non

Si oui, cocher les cases correspondantes :

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lundi | <input type="checkbox"/> Mardi | <input type="checkbox"/> Mercredi (<i>pour les enfants inscrits sur l'école de Moissannes</i>) |
| <input type="checkbox"/> Jeudi | <input type="checkbox"/> Vendredi | |

Régulièrement

Occasionnellement

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine périscolaire.

Fait à le

Signature du responsable légal