



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____ Garçon Fille
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 École : _____ Classe : _____
 Demande de dérogation 2023/2024 : Dérogation antérieure : , précisez l'année _____

MÈRE PÈRE REPRÉSENTANT LEGAL

Autorité parentale oui non

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ Fixe /portable : _____

☎ Professionnel : _____

E-mail : _____

Nom et adresse employeur : _____

MÈRE PÈRE REPRÉSENTANT LEGAL

Autorité parentale oui non

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ Fixe /portable : _____

☎ Professionnel : _____

E-mail : _____

Nom et adresse employeur : _____

Fréquentera la RESTAURATION SCOLAIRE de manière :

- Entourez les réponses

Inscription à l'année	Oui	Non
Inscription à la carte	Oui	Non
Ne fréquentera jamais la cantine	Oui	Non

Pour les inscriptions à l'année, la facturation sera mensualisée sur 10 mois

Pour les inscriptions à la carte la facturation se fera au décompte et il faut fournir le calendrier mensuel au 15 du mois précédent

- Choix du Menu :

Standard Végétarien PAI PAI panier repas

En cas de PAI merci de fournir une copie en mairie (voir fiche sanitaire de liaison).

Fréquentera l'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE de manière :

- Entourez les réponses

Fréquentera la garderie	Oui	Non
Ne fréquentera jamais la garderie	Oui	Non

Situation familiale : En cas de situation particulière, le jugement mentionnant les termes de l'autorité et du droit de garde doit être remis au service éducation. En cas de garde alternée merci de préciser l'organisation :

Semaines paires : mère père Semaines impaires : mère père

Précisez les modalités de facturation pour la cantine et la garderie : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/2024

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

→ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON le quel :

→ Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

Précisez les causes de l'allergie :

→ En cas d'allergie nécessité d'établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) auprès de la Directrice de l'école avant la rentrée.

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M. / Mme _____ Père – Mère – tuteur légal de l'enfant : _____

Atteste sur l'honneur que j'ai bien souscrit une police d'assurance complète responsabilité civile extra-scolaire couvrant tous les risques au bénéfice de mon enfant, en cours de validité.

Précise que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale ou autre pour participer à toutes les activités périscolaires organisées par la commune de Cigogné.

Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du contenu du règlement intérieur et en accepter les conditions, notamment l'article 13 qui précise qu'aucun remboursement ne sera effectué au niveau du périscolaire, hormis les jours de grève et de maladie sur présentation d'un justificatif médical durant le mois en cours.

Autorise la commune à réaliser et utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles mon enfant fréquentant le service de restauration scolaire et l'accueil périscolaire apparaît pour diffusion sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

Autorise la commune à me transmettre des informations à l'adresse suivante :

@ _____

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	J'autorise la mairie à contacter cette personne si besoin

Je soussigné(e)..... responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Mairie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

À Cigogné, le

Signature mère

Signature père

Signature autre responsable légal

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par les services de la commune de Cigogné. Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi, à moins que vous exerciez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire. Pendant cette période, la commune de Cigogné met tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes. En cas de questions, vous pouvez nous solliciter directement par mail ou directement dans nos locaux à l'adresse, 1, Place de la mairie – 37310 Cigogné. Pour toute information complémentaire ou réclamation vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.