

Déposé le : ..... Ecole :         

Saisi le : ..... Domino : ..... Base Eleve : .....

**FICHE ENFANT\***

Nom : ..... Prénom : .....

M  F

Né(e) le : ...../...../..... à ..... Dépt : ..... Nationalité : .....

Nom Prénom Parent 1 : .....

Adresse : .....

N° de téléphone fixe : ...../...../...../..... N° de téléphone portable : ...../...../...../.....

Employeur : ..... N° de téléphone professionnel : ...../...../...../.....

Adresse mail : .....@.....

Nom Prénom Parent 2 : .....

Adresse (si différente) : .....

N° de téléphone fixe : ...../...../...../..... N° de téléphone portable : ...../...../...../.....

Employeur : ..... N° de téléphone professionnel : ...../...../...../.....

Adresse mail : .....@.....

Etablissement scolaire : .....

Niveau de la classe : .....

Nom de la compagnie d'assurance scolaire : ..... N° de police : .....

**Personne(s) autorisé(e)(s) à venir chercher l'enfant autre(s) que le(s) responsable(s) légal(aux)**

Nom / prénom	Adresse	N° de Tél 1	N° de Tél 2	Lien familial

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence (si différentes des personnes autorisées à venir chercher l'enfant)**

Nom / prénom	Adresse	N° de Tél	N° de Tél pro	Lien familial

**Autorisations diverses**

J'autorise l'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions de la collectivité, dans le cadre de ses actions de communication, pour une durée indéterminée. Oui  Non

Sorties Oui  Non

Transports en car Oui  Non

Transports avec le véhicules 9 places de la collectivité Oui  Non

Transports avec le véhicule personnel de l'animateur Oui  Non

Autorisation de rentrer seul après les activités scolaires et/ou périscolaires Oui  Non

Brevet de Natation	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, merci de nous fournir une copie
Test anti-panique	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, merci de nous fournir une copie

# Fiche Sanitaire



Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

Médecin traitant	Adresse	Téléphone	Ville

Autorisez vous le Traitement contre la Pédiculose (infestation de la peau par les poux) :    Oui     Non

Votre enfant bénéficie t'il de l'AEEH :                                    Oui                                     Non

Antécédents médicaux	Commentaires - Hospitalisations

Régime alimentaire	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Allergie	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Projet d'Accueil Individualisé (PAI)	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Si oui, fournir obligatoirement une copie</b>

Vaccin Obligatoire		Dernières vaccinations	Prochaine vaccination
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			...../...../.....

Traitement Médicamenteux	Début	Fin	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	...../...../.....	...../...../.....	

Maladie spécifique	Début	Fin	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	...../...../.....	...../...../.....	

**Notes médicales et/ou recommandations utiles des parents**

\* Conformément à l'article 34 de la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez l'exercer en adressant un e-mail à famille@chateaugontier.fr ou par courrier à la mairie de Château-Gontier sur Mayenne.

Je, soussigné (s) responsable de l' (es) enfants (s), déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier, et autorise, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la restauration scolaire, de la garderie, de l'accueil de loisirs et des activités jeunesse (règlements disponibles sur simple demande auprès de vos structures ou téléchargeables sur le lien suivant : <https://chateaugontier.portail-familles.net/>)

A ..... Le .....

Mention "Lu et approuvé"  
Signature Parent 1

Mention "Lu et approuvé"  
Signature Parent 2

Afin de se mettre en conformité à ses obligations le Pays de Château Gontier vous soumet la signature du formulaire de consentement pour le traitement de données personnelles.

Le RGPD (« règlement général sur la protection des données ») est un nouveau règlement européen qui encadre les règles de protection des données personnelles (règlement UE 2016/679), applicable au 25/05/2018.

## Formulaire de consentement



Nom : \_\_\_\_\_

Prenom : \_\_\_\_\_

Adresse Postale : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : \_\_\_\_\_

**(X) J'autorise la collectivité à utiliser mes coordonnées ci-dessus pour me joindre pour toutes affaires me concernant.**

**(X) J'autorise la collectivité à utiliser L'adresse électronique ci-dessus pour me faire parvenir la version dématérialisée des documents (journal, newsletters, factures, programmes alsh, ...)**

**(X) J'autorise la collectivité à utiliser L'adresse électronique et le numéro de portable ci-dessus pour me faire parvenir des alertes préfectorales.**

**(X) J'autorise la collectivité à utiliser L'adresse électronique et le numéro de portable ci-dessus pour me faire parvenir des informations courantes.**

- ✓ Vous pourrez à tout moment demander la modification de ces données.
- ✓ Vous pourrez à tout moment annuler cette ou ces autorisation (s) sur simple demande.
- ✓ Pour une information détaillée ou pour exercer vos droits, contactez notre DPO par courriel : [dpo@chateaugontier.fr](mailto:dpo@chateaugontier.fr)

A : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

### Pièces à joindre au dossier :

- Copie du dernier bordereau (CAF ou MSA) justifiant vos droits aux prestations familiales.
- Copie de l'assurance périscolaire et extrascolaire.
- Copie du livret de famille.
- Copie du carnet de Santé (Vaccinations)
- Rib et Autorisation de prélèvement (obligatoire)**
  
- En cas de divorce ou de séparation, fournir le(s) jugement(s) précisant le lieu d'habitation et
- En cas de PAI : Copie du certificat d'allergie, accompagné du PAI.



