

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - ACCUEILS DE LOISIRS PÉRISCOLAIRES (ALP)

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

(A remplir obligatoirement pour chaque enfant)



ÉCOLE PRIMAIRE VILLEVIEILLE

Tout dossier incomplet
sera refusé

Attention : Ce document ne tient pas lieu de réservation, celle-ci devra s'effectuer auprès de la référente de l'école concernée.

Renseignements concernant l'enfant

Nom : Prénom : Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse :

Complément adresse:

Code postal : Commune :

Niveau/classe : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Pièces à joindre :

- Attestation d'assurance Responsabilité Civile scolaire/extra-scolaire
- Attestation de Quotient Familial CAF ou MSA

Responsables légaux

Situation familiale : concubin.e célibataire marié.e pacsé.e séparé.e divorcé.e

<p>PARENT 1 - Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> Cochez le nom de la personne retenue pour la facturation</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse (si différente de l'enfant) :</p> <p>Code postal : Commune :</p> <p>Tél Portable : ____/____/____/____/____</p> <p>Tél Domicile : ____/____/____/____/____</p> <p>Tél Travail : ____/____/____/____/____</p> <p>Adresse mail :</p> <p>Profession :</p>	<p>PARENT 2 - Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> Cochez le nom de la personne retenue pour la facturation</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse (si différente de l'enfant) :</p> <p>Code postal : Commune :</p> <p>Tél Portable : ____/____/____/____/____</p> <p>Tél Domicile : ____/____/____/____/____</p> <p>Tél Travail : ____/____/____/____/____</p> <p>Adresse mail :</p> <p>Profession :</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Autres (préciser par exemple tuteur, famille d'accueil...) :

NomPrénom.....

Adresse :

Tel portable : ____/____/____/____/____ Tel domicile ____/____/____/____/____ Tél travail ____/____/____/____/____

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Médecin traitant

Nom : Prénom :

Adresse : Code Postal : Commune :

Téléphone : ____/____/____/____/____

Autorisations parentales

Je soussigné.e représentant légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et :

- Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil périscolaire du soir (ou étude) s'il est âgé de 6 ans et plus.**
- N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Accueil périscolaire du soir (ou étude).**

- Autorise les personnes majeures nommées ci-dessous à récupérer mon enfant à l'issue des accueils périscolaires (ou étude).**

Nom prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

- Autorise** la Communauté de Communes à prendre en photo mon enfant et à éventuellement la publier dans le journal de la communauté, le site internet, ou dans les journaux régionaux (Midi Libre, ...) ou encore lors d'expositions photo.
- N'autorise** pas l'utilisation des photos.

Mon adresse mail pourra être utilisée pour l'envoi des informations liées au fonctionnement des services.

Je suis informé.e et accepte les conditions du règlement intérieur et des tarifs applicables aux ALP, ainsi que du projet éducatif de la Communauté et du projet pédagogique de l'ALP (disponibles auprès de la référente sur l'école et sur le site d'internet de la CCPS).

J'autorise la Communauté de Communes du pays de Sommières à m'envoyer par mail les lettres d'information de la Communauté (actualités Ecole de Musique, animations, bibliothèques...).

J'accepte, conformément à la réglementation UE/du Règlement Général de Protection des Données entré en vigueur le 25 mai 2018, que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées et exploitées pour permettre au service des Affaires Scolaires de la Communauté de Communes du Pays de Sommières de gérer l'inscription de mon enfant aux accueils périscolaires et de toutes les pièces qui en découlent (informations, facturations, etc..). Ces données seront conservées 1 an. Je peux à tout moment en demander la rectification ou l'effacement auprès du service concerné.

Votre enfant ne sera autorisé à fréquenter les Accueils périscolaires (matin/soir et temps méridien), même en cas de présence occasionnelle, qu'à réception et validation du dossier complet par le service des Affaires Scolaires.

En cas de facturation séparée, prévoir une fiche de renseignements pour chacun des parents.

Fait le à Signature :

