

DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL (VALABLE DU 01/09/21 AU 31/08/22)

**A NOTER : CE DOSSIER DOIT ETRE IMPERATIVEMENT REMPLI POUR CHAQUE ENFANT.
EN EFFET, SANS LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA CAF OU A LA MSA,
LE TARIF LE PLUS ELEVE SERA APPLIQUE POUR TOUTE FACTURATION.**

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Né(e) le :

Scolarisation dans la commune suivante :

Si scolarisation à Vaison, précisez : Maternelle Zola Maternelle Ferry
 Elémentaire Zola Elémentaire Ferry

Nom et prénom des responsables légaux :

Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Email pour envoi des factures		

➤ *Veillez noter tous les numéros y compris en cas de séparation.*

➤ *En cas de divorce, veuillez joindre une photocopie de la décision du Tribunal concernant la garde de l'enfant ; sans cela, l'enfant sera remis indistinctement à la maman ou au papa.*

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

ALLERGIES : Asthme Médicamenteuse Alimentaire

Merci de préciser :

➤ *En cas d'allergie alimentaire, veuillez joindre un certificat médical précisant sa nature, les éventuels aliments auxquels l'enfant est allergique, la médication et la conduite à tenir en cas d'urgence ou une photocopie du PAI, établi à l'école.*

AUTRE OBSERVATION PARTICULIERE CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT :

.....

NOM ET NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

VACCINATION : merci de joindre une photocopie du carnet de vaccination, avec le nom de l'enfant.

Autres renseignements concernant l'enfant :

REGIME ALIMENTAIRE EVENTUEL : SANS PORC SANS VIANDE
 REPAS FOURNI PAR LE PARENT (allergie)

MON ENFANT EST EN SITUATION D'HANDICAP :

Merci de préciser :

MON ENFANT BENEFICIE D'UN SUIVI (orthophonique, psychologique,...) :

Vous pouvez préciser :

MON ENFANT BENEFICIE D'UN TRAITEMENT MEDICAL REGULIER :

Vous pouvez préciser :

➤ En cas de traitement médical, à prendre en journée, régulier ou ponctuel, veuillez obligatoirement joindre l'ordonnance, ainsi que les médicaments.

Renseignements complémentaires :

N° Sécurité sociale Père :

N° Sécurité sociale Mère :

REGIME : ALLOCATAIRE CAF Numéro d'allocataire :

➤ Merci de fournir une attestation de quotient familial, qui peut être délivrée par votre agence CAF.

ALLOCATAIRE MSA ➤ Merci de fournir une attestation de quotient familial, qui peut être délivrée par votre agence MSA.

A NOTER : SANS CE RENSEIGNEMENT, NOUS SERONS DANS L'OBLIGATION D'APPLIQUER LE TARIF LE PLUS ELEVE.

ASSURANCES « Les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L. 227-4 sont tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent. »

Société :

Adresse de votre agence :

N° de police :

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom et prénom	Qualité (grand-parent, ami,...)	Téléphone

➤ Le centre de loisirs sera préalablement prévenu et l'enfant sera remis sur présentation d'une carte d'identité à l'équipe d'animation.

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

➤ déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement du centre de loisirs,

➤ autorise le responsable du Centre de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (en particulier pour les enfants de 3 à 6 ans, en cas de fièvre supérieure à 38.5° à administrer 1 dose de paracétamol en fonction de son poids ; son poids est de).

➤ autorise les agents intercommunaux à photographier et filmer mon enfant et à utiliser cette image dans les supports de communication de l'intercommunalité (bulletin d'information, site Internet et réseaux sociaux, publications diverses, reportages, etc.) : OUI NON

➤ déclare, exacts, les renseignements portés sur cette fiche. J'ai pris note que toutes les informations, apparaissant sur ce dossier, sont confidentielles.

Fait à Vaison-La-Romaine le.....

Signature des responsables légaux :

Règlement général sur la protection des données

La Communauté de communes Vaison Ventoux, responsable de traitement, met en œuvre à travers les directions de la petite enfance, des accueils périscolaires et de loisirs, de la jeunesse, du numérique et des services scolaires de la Ville de Vaison-la-Romaine, un traitement de données à caractère personnel relatif à l'ouverture d'un dossier administratif. Ce traitement a pour but d'exécuter une mission de service public visant à faciliter son inscription ou celle de son enfant pour pratiquer ou participer à une activité proposée par la communauté de communes ou la ville de Vaison-la-Romaine. Vos données personnelles seront conservées pour une durée de 5 ans à compter de la date d'inscription. Elles ne feront l'objet d'aucun partage avec des entités extérieures, ni d'aucun transfert hors de l'union européenne. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers et aux libertés modifiées, et du Règlement Général sur la Protection des Données du 25 mai 2018, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Si vous souhaitez exercer les droits précités, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse mail suivante : DonneesPersonnelles@vaison-ventoux.fr