



COMMUNE DE WITTRING
ACCUEIL PERISCOLAIRE
13, Rue Saint Etienne
57905 - WITTRING

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Année scolaire 2024/2025

Nom, prénom de l'enfant :

Né(e) le :

PARENTS DE L'ENFANT

	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>
	Responsable de l'enfant	Responsable de l'enfant
Nom, Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse du domicile :		
Tél. domicile - portable :		
E-mail :		
Situation Familiale : Célibataires - Mariés – Divorcés – Séparés – Vie maritale - Pacsés		

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Père	Mère
Profession :		
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

AUTORISATION DE SORTIE – PERSONNE(S) AUTORISÉ(E)S A VENIR CHERCHER L'ENFANT

En ma qualité de responsable légal

J'autorise mon enfant à quitter seul* le périscolaire à 17h30 après l'accueil périscolaire OUI NON

(seuls les enfants en école élémentaire peuvent être autorisés par les parents à rentrer seuls; les enfants de maternelle sont obligatoirement récupérés par un parent ou un adulte désigné.)

En dehors des parents, personnes habilitées à venir rechercher l'enfant	En dehors des parents, personnes à prévenir en cas d'accident	Nom - prénom	Qualité	Téléphone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

En cas d'accident ou incident, j'autorise à mes frais, les responsables de la structure à prendre toute mesure qui s'impose pour la sécurité ou la santé de mon enfant (appel au médecin, au S.A.M.U, hospitalisation...).

Allergie alimentaire / PAI : la sécurité des enfants atteints de trouble de la santé (allergie ou certaines maladies) est prise en compte dans le cadre d'une démarche appelée PAI (Projet d'Accueil Individualisé). Cette démarche doit être engagée par la famille auprès du médecin scolaire. **Le PAI devra obligatoirement être indiqué sur la fiche sanitaire.**

Lors de la réalisation du PAI, les parents pourront signaler que l'enfant fréquente l'accueil périscolaire afin que nous soyons associés au projet.

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire (joindre l'attestation au dossier)

Nom de la compagnie : N° Téléphone : N° Contrat :

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives : OUI NON

J'autorise la mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI NON

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : OUI NON

Je soussigné

déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur qui précisé les règles de fonctionnement de l'accueil périscolaire.

PAIEMENT PAR PRELEVEMENT

Si vous souhaitez être prélevé en fin de mois, merci de cocher la case « oui » et de joindre un Relevé d'Identité Bancaire avec votre dossier, nous vous transmettrons l'autorisation de prélèvement à nous retourner signée.

PRELEVEMENT : OUI NON

Fait à, le

La signature vaut acceptation sans réserve du règlement intérieur consultable sur www.wittring.fr

Signature :

Utilisation de vos données personnelles

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de WITTRING pour l'inscription de votre enfant à l'accueil périscolaire et à la cantine (fiche renseignement, attestation assurance et paiement), pour disposer des contacts des personnes à prévenir et autorisées à récupérer l'enfant et pour conserver les différentes autorisations parentales. La base légale du traitement est la mission d'intérêt public.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : personnel communal en charge du périscolaire et du traitement de la facturation.

Les données sont conservées pendant 5 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter : Mairie de WITTRING 4, Rue de la Mairie 57905 WITTRING 03.87.02.16.10 wittring.mairie@orange.fr ou notre Délégué à la protection des données à rgpd@cdg57.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui - non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	VARICELLE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	ANGINE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	SCARLATINE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	OTITE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	ROUGEOLE oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	OREILLONS oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui - non MÉDICAMENTEUSES oui - non
ALIMENTAIRES oui - non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
