



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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Année scolaire 2021/2022

Nom, prénom de l'enfant

Né(e) le :

Ecole de WITTRING

Enseignante :

Classe :

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 :		
N° de sécurité sociale :		
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 : seules les intolérances alimentaires ou allergies justifiées par un médecin spécialiste allergologue seront prises en compte, dans la limite des allergènes majeurs à cocher dans le tableur ci-dessous :

Lait	Gluten	Œuf	Poisson	Sulfites	Fruits à coques	Crustacés	Mollusques	Soja	Céleri	Arachides	Moutarde	Sésame	Lupin
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Je soussigné déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur qui précisé les règles de fonctionnement de ces activités.

Fait à, le

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

Signature :

Utilisation de vos données personnelles

La Commune de WITTRING, responsable du traitement des données contenues dans ce formulaire, vous informe que ce traitement correspond à une mission d'intérêt public au regard de l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant à l'accueil Périscolaire et à la cantine ainsi qu'à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. Elles sont destinées exclusivement au personnel chargé de l'enregistrement de l'inscription. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant.

Ces données ne sont pas conservées au-delà de la période d'inscription de votre enfant à la cantine scolaire.

Vos droits

Conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD, **vous bénéficiez** :

du droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant

du droit à la portabilité de vos données

du droit à la limitation d'un traitement vous concernant

du droit, pour motifs légitimes de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement

Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant à la MAIRIE DE WITTRING – 4, Rue de la Mairie – 57905 WITTRING mail :

wittring.periscolaire@orange.fr. Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droit.

Pour aller plus loin

Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez :

consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

contacter le Délégué à la Protection des Données de la collectivité : <https://www.agirhe.edg54.fr/TDB/rgpd.aspx>



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				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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
