**RESPONSABLE LEGAL** **CONJOINT**

NOM . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . NOM . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

PRENOM. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . PRENOM. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Adresse . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 CP . . . . . . . Ville . . . . . . . . . . . . . . . . CP . . . . . . . Ville . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tél domicile . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tél domicile . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tél portable . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tél portable . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tél travail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tél travail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Courriel : Courriel :

. . . . . . . . . . . . . . . . @. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . @. . . . . . . . . . . . . . . . .

Qualité : □ père □ mère □ tuteur Qualité : □ père □ mère □ tuteur

Situation familiale : Situation familiale :

□ marié(e)/pacsé(e) □ célibataire □ marié(e)/pacsé(e) □ célibataire

□divorcé(e)/ séparé(e) □ veuf □divorcé(e)/ séparé(e) □ veuf

Profession . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Profession . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Employeur . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Employeur . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

N° S. S. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . N° S. S. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Autre personne à prévenir en cas d’urgence** : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**L’ENFANT**

**NOM** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**PRENOM** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Date de Naissance** . . . . . . . . . . . . . . .

**Adresse** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**CP** . . . . . . . . . . . . . .  **Ville** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Ecole . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .** . . **Classe** . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Type de repas** :  **□** **standard**

**Allergies alimentaires** : □ **oui \***  □ **non**

 Préciser . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**\*** Si oui, **PAI obligatoire** (Projet d’Accueil Individualisé) à établir en partenariat avec le directeur de l’établissement scolaire, le médecin et l’élu responsable de la restauration scolaire.

Un panier repas devra alors être fourni.

**Autres allergies** : □ **ASTHME**

 □ **MEDICAMENTEUSES** : préciser  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** : votre enfant porte-t-il  des :

**LENTILLES** : □ **oui \*** □ **non**

**LUNETTES** : □ **oui \*** □ **non**

**PROTHESES AUDITIVES** : □ **oui \*** □ **non**

**PROTHESES OU APPAREIL DENTAIRE** : □ **oui \*** □ **non**

**\*** (au besoin prévoir un étui au nom de l’enfant)

**ANTECEDENTS MEDICAUX** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Antécédents médicaux . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**ASSURANCE**

Compagnie . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . N° contrat . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**N° allocataire CAF ou MSA** (obligatoire) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Quotient familial** (avec justificatif si < à 1000 €) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**MERCI DE JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES CERTIFICATS DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES DE VOTRE ENFANT.**

**AUTORISATION DE TRANSPORTS :**

J’autorise le transport de mon enfant en car de location, mini-bus, dans le cadre de sorties/ séjours organisés par le service.

**□ oui □ non**

**AUTORISATION PHOTO / FILM :**

J’autorise la mairie dans le cadre des TAP’s et/ou la Maison de l’Enfance la Farandole à :

- effectuer des prises de vue photographiques ou des enregistrements audiovisuels sur lesquels mon enfant apparaît.

- utiliser l’image de mon enfant, sans exploitation commerciale, dans le cadre de son activité habituelle d’information et de communication interne et externe : presses, expositions, ouvrages, périodiques, réseaux sociaux, audiovisuel, site internet de la mairie ou de la Maison de l’Enfance et sur tous supports y compris sur support électronique (supports interactifs, multimédia, notamment cd-rom, dvd…).

**□ oui □ non**

**Prélèvement Automatique :**

**□ OUI □ NON**

Date . . . . . . / . . . . . . . / . . . . . . . Signature (s)

*Les informations recueillies font l’objet d’un traitement par la ville de Chabeuil. Vos données seront utilisées ou traitées que dans la mesure où cela est nécessaire pour la continuité des services. Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder le temps nécessaire à la réalisation de l’objectif poursuivi, à moins que vous exerciez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d’une obligation légale ou réglementaire. Pendant cette période, la ville de Chabeuil met tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification, d’opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes.
Si vous ne souhaitez plus recevoir les sollicitations de la ville vous avez la faculté de l’indiquer par mail :**periscolaire@mairie-chabeuil.fr**.
Pour toute information complémentaire ou réclamation vous pouvez contacter la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés ou le délégué à la protection des données de la ville de Chabeuil à l’adresse suivante**rgpd@numerian.fr**.*

J’autorise mon enfant à partir :

 **Seul □ oui □ non**

**Ou avec . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**