



M A I R I E D E
VINON-SUR-VERDON

A RETOURNER AVANT LE 30 JUIN 2020

Passé ce délai, les dossiers seront examinés en commission municipale

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

Nom :

Prénom :

Classe à la rentrée 2020/2021 :

**DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS
PÉRISCOLAIRES
2020 – 2021**

Accueil du matin
Restaurant scolaire
Accueil du soir
Accueil de loisirs (ALSH)

Pièces à joindre au dossier

- Dossier complété dûment signé
- Attestation d'assurance extra-scolaire valable pour toute l'année scolaire 2020-2021
- Photocopie du carnet de vaccination
- En cas de PAI, joindre le protocole d'accompagnement signé
- Photocopie de ATTESTATION DE Quotient familial AVEC n° CAF DU VAR
- RIB, pour le prélèvement automatique

Lieu de dépôt : Mairie de Vinon-sur-Verdon – 66 avenue de la Libération

Horaires : du lundi au vendredi 8h30 – 12h00 13h30 – 17h00

Contact : 04 92 78 97 83 – garderie.loisirs@vinon-sur-verdon.fr



MAIRIE DE VINON-SUR-VERDON

Fiche de la famille

Responsable

Civilité : Nom : Prénom :

Situation

Qualité* : Situation familiale** :

* Père / Mère / Responsable légal/

** Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal : Ville :

Coordonnées

Téléphone mobile : Téléphone professionnel :

Courriel : Téléphone domicile :

Profession

Profession :

Employeur :

CAF

N° CAF :

Régime* : QF : (joindre attestation)

* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

Autorisations

Information par mail : oui / non

Autre responsable légal

Civilité : Nom : Prénom :

Situation

Qualité* : Situation familiale** :

* Père / Mère / Responsable légal/

** Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse :

Code postal : Ville :

Coordonnées

Téléphone mobile : Téléphone professionnel :

Courriel : Téléphone domicile :
.....

Profession

Profession :

Employeur :

Autorisations Information par mail* : oui / non

PARENTS SÉPARÉS OU DIVORCÉS

Ne pas remplir si vous n'êtes pas concerné

En application des articles prévus au règlement intérieur des différentes structures municipales :

Article du règlement : parents séparés ou divorcés

La facture sera impérativement établie au nom du parent qui remplira la demande d'inscription à charge pour chacun de régler ses problèmes internes de période de garde et de remboursement. Une attestation de paiement sera établie à la demande. **La commune ne gère en aucun cas les discordances pouvant exister entre parents et ne consentira à aucun arrangement.**

Identification du parent qui inscrit (1 seul référent)

Nom : Prénom :

Lien de parenté :



M A I R I E D E
VINON-SUR-VERDON

Fiche individuelle
1 fiche par enfant

Nom : Prénom : Sexe : F / M

Date de naissance : Lieu de naissance :

Ecole :

Informations médicales

Nom du médecin : Téléphone du médecin :

Assurance

Compagnie d'assurance : Numéro de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant *en dehors des parents*

Prénom	Nom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la prise de photo en groupe et/ou individuelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorise la participation aux sorties scolaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port de lunettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil dentaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Port d'un appareil auditif	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

N° sécurité sociale :(du parent)



M A I R I E D E
VINON-SUR-VERDON

**FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

1 -VACCINATIONS (joindre le carnet de santé ou les certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS			DATES DES DERNIERS RAPPELS
	oui	non			oui	non	
Diptérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq				BCG			

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

2 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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)

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

Je précise que mon enfantn'est sujet à aucune allergie d'ordre alimentaire, *

ou

Je précise que mon enfantsouffre d'une allergie alimentaire ou de troubles de santé dus à une maladie chronique

* rayer la mention inutile

Mon enfant fait l'objet d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**

oui non

Si **oui**, joindre le Projet d'Accueil Individualisé

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

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

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ces fiches et autorise les responsables des structures municipales auxquelles mon enfant est inscrit(e), à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement mis à disposition au service enfance de la mairie et l'accepte.

Fait à le

Signature :

Les données personnelles que vous nous communiquez dans ce dossier sont strictement confidentielles et destinées à inscrire votre enfant aux structures périscolaires par le service enfance.

Elles ne sont transmises à aucun tiers ni à titre onéreux ni à titre gratuit et restent sur le territoire de l'Union Européenne. Ces données d'identification sont conservées le temps de la durée de l'année scolaire.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et de suppression des informations qui vous concernent.

Vous pouvez exercer ces droits, sur simple justification de votre identité en vous adressant :

- par courrier à vinon-communication@vinon-sur-verdon.fr
- par mail au Délégué à la protection des données (ou DPO) : dpo-rgpd@dlva.fr