

DOSSIER DE PRE INSCRIPTION FAMILLE

Accueils périscolaires et extra scolaires

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Représentant légal 1 : Père ☐ Mère ☐ Autre (à préciser) ☐

Représentant légal 2 : Père ☐ Mère ☐ Autre (à préciser) ☐

Situation familiale : célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ pacsé(e) ☐
Union libre ☐

En cas de divorce ou séparation :

Autorité parentale de la mère ☐ Date du jugement des Affaires Familiales

Autorité parentale du père ☐

Autorité parentale conjointe ☐

	Parent 1	Parent 2	Autre
Nom de famille / Nom de jeune fille			
Prénom			
Date de naissance			
Tél. domicile			
Tél. portable			
Profession			
Nom et adresse de l'employeur			
Tél. professionnel			
Adresse mail			

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par les services restauration scolaire et éducation enfance de la ville de Pernes Les Fontaines, pour la gestion des inscriptions, la facturation et la communication auprès des familles. Elles sont conservées pour une durée de 6 ans et sont uniquement destinées au personnel du service, ainsi qu'aux autres services dûment habilités et concernés, de la collectivité.

Conformément à la loi informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant le Délégué à la Protection des Données : dpo@perneslesfontaines.fr. Pour plus d'informations sur vos droits, consultez le site cnil.fr.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - suite

☐ N° Allocataire CAF : N° SS père.....

☐ Nom de la caisse d'assurance maladie : N° SS mère.....

☐ Mutualité Sociale Agricole ☐ Exploitant ☐ Salarié N° MSA :.....

Nom et numéro de contrat de la compagnie d'assurance en responsabilité civile :

Règlement Intérieur : Prise de connaissance oui ☐ non ☐

Consultable sur le site via internet de la commune de Pernes les Fontaines (Enfance et Jeunesse – restauration scolaire)

Pièces à fournir
Attestation d'assurance en responsabilité civile de l'année en cours,
Attestation allocataires CAF ou Régime général : Notification de droits CAF (Quotient Familial).
Si allocataires MSA : Attestation Notification de ressources MSA (Quotient familial)
Extrait du jugement du Juge des Affaires Familiales relatif à la garde de l'enfant (le cas échéant)
Certificat médical en cas d'allergie
Projet d'Accueil Individualisé (PAI) le cas échéant

Pour tout renseignement :

Service Education Enfance – Inscriptions Scolaires :

Contact : mail : periscolaire@perneslesfontaines.fr / tél. : 04 90 66 24 26

Service ALSH Centre de loisirs Mercredi – Petites et Grandes Vacances :

Contact mercredi : mail : alshpernesmercredi@gmail.com / tél. : 06 26 40 01 06

Contact Petites et Grandes Vacances : mail : alshpernesvacances@gmail.com / tél. : 06 27 65 30 10

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par les services restauration scolaire et éducation enfance de la ville de Pernes Les Fontaines, pour la gestion des inscriptions, la facturation et la communication auprès des familles. Elles sont conservées pour une durée de 6 ans et sont uniquement destinées au personnel du service, ainsi qu'aux autres services dûment habilités et concernés, de la collectivité.

Conformément à la loi informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant le Délégué à la Protection des Données : dpo@perneslesfontaines.fr. Pour plus d'informations sur vos droits, consultez le site cnil.fr.

FICHE ENFANT

Nom Prénom : Date de naissance :/...../..... Age : ans
Lieu de naissance :

Adresse : Garçon ☐ Fille ☐

Domicile de l'enfant : Représentant légal 1 ☐ Représentant légal 2 ☐ Garde alternée ☐

Adresse du 2ème responsable légal en cas de séparation ou garde alternée :

.....

.....

Autorisations

Partir seul oui ☐ non ☐

Hospitalisation oui ☐ non ☐

Sport oui ☐ non ☐

Prise de photo* oui ☐ non ☐

*Droit à l'image

Je soussigné (e) M ou Mme..... autorise par la présente, les services restauration scolaire et éducation enfance à diffuser les photographies ou support vidéo pris lors des activités sur lesquelles figurent mon enfant pour l'année scolaire 2025/2026.

Cette autorisation est valable dans le cadre d'animations proposées par les services restauration scolaire et éducation enfance pour (merci de cocher les cases) :

- ☐ L'édition de documents de nature pédagogiques (journaux, ...)
- ☐ Des expositions dans les locaux municipaux de la ville de Pernes les Fontaines
- ☐ La publication dans la presse locale
- ☐ La publication dans les supports de la collectivité (bulletin municipal, site internet de la Collectivité, ...)
- ☐ La diffusion comme illustration dans les programmes des accueils de loisirs et partenaires institutionnels liés à l'enfance, la jeunesse, l'alimentation et l'environnement.
- ☐ La diffusion de reportage vidéo sur les activités proposées par la ville de Pernes les Fontaines dans le cadre des actions scolaires ou municipales.

(si vous ne souhaitez pas donner cette autorisation, merci de barrer l'ensemble par un grand trait)

Signature

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par les services restauration scolaire et éducation enfance de la ville de Pernes Les Fontaines, pour la gestion des inscriptions, la facturation et la communication auprès des familles. Elles sont conservées pour une durée de 6 ans et sont uniquement destinées au personnel du service, ainsi qu'aux autres services dûment habilités et concernés, de la collectivité.

Conformément à la loi informatique et libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant le Délégué à la Protection des Données : dpo@perneslesfontaines.fr. Pour plus d'informations sur vos droits, consultez le site cnil.fr.

FICHE ENFANT - suite

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (en dehors des responsables légaux)

Personne 1 : Nom..... Prénom..... Qualité

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Personne 2 : Nom..... Prénom..... Qualité

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Personne 3 : Nom..... Prénom..... Qualité

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Personne 4 : Nom..... Prénom..... Qualité

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Informations médicales

Lunettes oui ☐ non ☐

Appareil dentaire oui ☐ non ☐

Appareil auditif oui ☐ non ☐

Vaccins : Date du dernier rappel DTPolio : .. / .. /

Les copies des vaccins sont à déposer sur le portail famille ou à remettre à la Directrice ALSH périscolaire ou extra-scolaire.

Maladies

☐ Coqueluche

☐ Scarlatine

☐ Oreillons

☐ Varicelle

☐ Rougeole

☐ Rubéole

☐ Autres (à préciser) :

Médecin traitant :

Tél. :

Votre enfant est : reconnu handicapé par la MDPH oui ☐ non ☐ / reconnu en ALD oui ☐ non ☐

Votre enfant : a un(e) AESH en classe oui ☐ non ☐ / est scolarisé en classe ULIS oui ☐ non ☐

Protocole d'Accueil Individualisé (**P.A.I.**) oui ☐ non ☐ en cours ☐ si oui fournir une ordonnance

Certificat médical oui ☐ non ☐

Allergie : oui ☐ non ☐ Si oui contacter la directrice de l'accueil périscolaire ou extra-scolaire.

Autres précisions permettant d'accueillir au mieux votre enfant :

.....

J'autorise le personnel municipal en charge de l'enfant à prendre, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de l'enfant

Nom du Responsable :, je certifie l'exactitude des renseignements

Date :

Signature