


**FICHE UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLE A L'INSCRIPTION
AUX DIFFÉRENTS TEMPS PÉRISCOLAIRE ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023**
FAMILLE :

(Annexe 3)

RESPONSABLES LÉGAUX

	REPRÉSENTANT LÉGAL 1	REPRÉSENTANT LÉGAL 2
NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE		
TÉLÉPHONE FIXE		
TÉLÉPHONE PORTABLE		
COURRIEL		
NOM de l'EMPLOYEUR Et TÉLÉPHONE		
NOMBRE d'ENFANTS à CHARGE		

En cas de divorce ou de séparation : veuillez-nous indiquer le représentant légal à qui la facturation de la garderie doit être adressée : Représentant légal 1 Représentant légal 2

Vos enfants scolarisés à l'école d'Alban :

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
NOM			
PRÉNOM			
SEXE	<input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> GARÇON	<input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> GARÇON	<input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> GARÇON
DATE de NAISSANCE			
ADRESSE (si différente)			
CLASSE/INSTITUTEUR			
SANTÉ (Allergies, antécédents médicaux)			
Nom/adresse/ Téléphone du médecin traitant :			

CONTACTS : (autres que les représentants légaux) à renseigner aussi pour les activités sportives .

	Contact 1	Contact 2	Contact 3	Contact 4
NOM				
PRÉNOM				
LIEN avec ENFANT				
TÉLÉPHONE				
AUTORISÉ à VENIR CHERCHER	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
A APPELER EN CAS d'URGENCE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

AUTORISATIONS :

J'autorise la prise de photos et de vidéos, ainsi que leur diffusion et publication dans les cadres ci-après désignés : affichage sur panneau d'informations aux familles, sur les murs des lieux d'accueils, documents communication interne et externe, stockage sur clé USB et affichage sur écran numérique

Autorisation parentale en cas d'intervention médicale ou chirurgie urgente :

Je(nous) soussigné(e,és) :

Demeurant à:

Agissant en qualité de père-mère représentant légal de (nom et prénom de l'enfant) :

Déclare(nt) autoriser le personnel de la garderie et de la cantine, à prendre, en cas de maladie ou d'accident toutes les mesures d'urgence prescrite par le médecin y compris éventuellement l'hospitalisation, après en avoir averti le responsable légal.

Attestation Assurance Scolaire- Adresse et Numéro du contrat d'assurance :

(Même si vous avez déjà fourni ce justificatif à l'école)

Consentements sur la communication de mes coordonnées

Je consens à la transmission de mes coordonnées individuelles aux services de la commune pour les finalités suivantes :

- Envoi de courriers divers par voie postale ou dématérialisée via le mail indiqué ci-dessus
- Transmission de vos coordonnées aux partenaires institutionnels (Préfecture, Département, Région, Association des Maires et des Élus locaux du Tarn, Communauté de Communes des Monts d'Alban et du Villefranchois)

Par ailleurs, j'ai bien pris connaissance de la transmission de mes données internes citées dans le tableau :

- Aux services administratifs de la collectivité, notamment pour l'envoi des convocations aux réunions,
- Aux organismes sociaux et comptables de la collectivité pour la finalité suivante : établir et verser une éventuelle indemnité ou remboursement

Je m'engage à signaler à la Mairie d'Alban tout changement de situation en cours d'année, notamment les changements de coordonnées.

DATE : /.... /.....

Signature du représentant légal 1

DATE : /.... /.....

Signature du représentant légal 2

Les données personnelles sont collectées, traitées, utilisées de manière sécurisée et conservées conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel : Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD-Règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016) et loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.