

DATE ENREG. :	
NUM FAMILLE :	

M[] F[]

DIRECTION ÉDUCATION ET PARENTALITÉ

15 rue Jean Jaurès – 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE ESPACE FAMILLES 20 02 51 81 87 23 - VIE SCOLAIRE 20 02 51 81 87 18 ou 19

espace.familles@lachapellesurerdre.fr

TCHE ENFAN

Cette fiche de renseignements concerne l'enfant inscrit.

Les renseignements indiqués sur cette fiche seront à mettre à jour tous les ans et seront communiqués aux équipes d'animation afin de garantir la sécurité de l'enfant et de permettre le meilleur accueil.

Date de naissance : Lieu de naissance :

NOM – Prénom :

Nom :	<u>abilité Civile :</u>										
Adresse :					•••••	•••••	•••••	•••••	••••••	•••••	
Numéro de police :.									· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
<u>Représentants</u>	1er responsable				2ème responsable						
légaux :				[]	Père [] Mère [] Tuteur []						
Nom											
Prénom											
Adresse											
(si différente pour le 2ème responsable)											
@ email											
T Domicile	[] []									
☎ Mobile	[] [] [] [] []	[_] [] [_][_] [_]	
En cas de séparation de calendrier séparé en for prendre contact avec le Personnes autorisées	nction d'une garde service Espace Fa à être contactées	e afin de pern amilles si vous s et/ou à ven	nettre à ch s souhaitez ir cherche	acun des po en bénéfici r l'enfant su	arents d'avo er. ur les temp	s péri	accès _l	person	nel. Veu	iillez	
	re	eprésentants	légaux (3	personnes	maximum)					T.	
Nom – Prénom		Lien avec l'enfant			Téléphone				Être pelé(e)	Venir chercher	
					[] [] [_] [1			
					[] [] [_] []			
				[]	[] [] [] []]			

à venir chercher l'enfant.

En cas de droit de garde ou d'autorité parentale restreint, la restriction devra être <u>clairement exprimée, et</u> <u>justifiée par la photocopie du jugement.</u>

Vaccination de l'enfant

Pour attester de l'état de vaccination de votre enfant (obligatoire pour la participation aux activités collectives), vous pouvez soit :

- fournir les copies des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant (page 91 à 93)
- fournir une attestation de votre médecin traitant.

Pathologie, maladie, allergies, protoco	le d'accueil (P.	A.I.)		
Votre enfant est-il en situation de hand	-	[] oui	[] non	[] en cours
Un P.A.I. est-il mis en place pour votre		[] oui	[] non	[] en cours
Si vous avez coché « oui » ou « en cours	•			
Autres informations à signaler :				
Je soussigné(e)				
Représentant légal de l'enfant				
 Atteste l'exactitude des renseig municipaux à prendre toutes le 	•	•		•
 Atteste avoir pris connaissance à 11 ans; 	du règlement i	ntérieur des	services municipa	aux destinés aux enfants de 3
 M'engage à signaler sans délai t santé de mon enfant à la Direct 	_		•	dministratif ou relatif à la
Autorise les services de la Ville de La Ch photographique ou informatique afin d' communication (magasine, sites Interne	utiliser éventu		-	• •
(,	,	[] oui	[]	non
Fait à :	Le :		Sign	ature :

La commune de La Chapelle-sur-Erdre s'engage dans une démarche de protection de vos données personnelles.

Les données à caractère personnel ainsi collectées font l'objet d'un traitement dont le responsable est la Vile de La Chapelle-sur-Erdre.

Ces données collectées sont réservées à l'usage des services concernés, ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : agents habilités et partenaires institutionnels et nécessaire à la participation aux activités organisées par les services de la Ville.

Elles seront conservées pendant toute la durée du service et dans la limite des règles de prescription applicables.

Conformément au RGPD et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute

personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification, opposition ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à la mairie de La Chapelle-sur-Erdre (Hôtel de Ville - rue Olivier de Sesmaisons — 44240 LA CHAPELLE-SUR-ERDRE; communication@lachapellesurerdre.fr; 02-51-81-87-10) ou auprès de notre DPO: dpo@ecollectivites.fr ou auprès de la CNIL.