

**Année 2019-2020**  
**TEMPS DE VIE DE L'ENFANT**

**Fiche de renseignements à renvoyer**  
**à la Direction de l'Éducation**  
**16 avenue Pierre-Loti - 17000 La Rochelle**  
**ou par courriel :**  
**inscriptions.tve@ville-larochelle.fr**

DIRECTION DE L'ÉDUCATION  
ET DES ÉCOLES  
ESPACE FAMILLES  
Tél. 05 46 51 14 87

**À RETOURNER AVANT LE 30 JUIN 2019**

**L'ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Garçon  Fille   
Établissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

**FRÉQUENTERA** Périscolaire  Mercredi  Restauration scolaire  Sans viande  Sans porc

Fréquentations aux activités municipales.

Pour une inscription dans les centres de loisirs associatifs, se renseigner auprès de l'association gestionnaire.

**N° et nom d'allocataire CAF :** \_\_\_\_\_ Allocataire Père  Mère

Si MSA, fournir l'attestation avec le quotient. À défaut, tarification maximale attribuée.

Compagnie d'assurance + n° Responsabilité Civile : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT**

**Facture adressée à** Père  Mère

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant Père  Mère  Tuteur

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Situation familiale Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)/séparé(e)   
Union libre  Célibataire  Pacsé(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant Père  Mère  Tuteur

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Situation familiale Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)/séparé(e)   
Union libre  Célibataire  Pacsé(e)

**En cas de jugement de garde, merci de préciser le type de garde (copie du jugement obligatoire)**

Garde alternée  Garde exclusive  Veuillez préciser Père  Mère

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant autres que les responsables légaux  
(au moins une personne obligatoire)

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OU AUTRES CONCERNANT L'ENFANT

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES | VACCINS RECOMMANDÉS                   | DATES |
|----------------------|-------|---------------------------------------|-------|
| Diphtérie            |       | Hépatite B                            |       |
| Tétanos              |       | Rubéole - Oreillons<br>Rougeole (ROR) |       |
| Polyomyélite         |       | Coqueluche                            |       |
|                      |       | Méningocoque C<br>Pneumocoque         |       |

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.**

**Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

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

Si oui, à préciser avec un certificat médical sous pli cacheté.

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) \_\_\_\_\_

**ALLERGIES** (joindre le Protocole d'Accueil Individualisé - PAI ou un certificat médical)

Médicamenteuses  Alimentaires

Maladies  (à préciser avec un certificat médical sous pli cacheté)

LE PAI est à fournir AVANT LA RENTRÉE scolaire. Les trousse d'urgence sont à fournir DÈS LA RENTRÉE si nécessaire.

Autres recommandations/remarques particulières (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives/dentaires, etc.)

### AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s) \_\_\_\_\_ représentant(s) légal(aux) de l'enfant ci-dessus désigné

#### ACTIVITÉS ET TRANSPORT

Autorise(ons) notre enfant à participer aux activités et utiliser les transports organisés par la collectivité.

#### AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Autorise(ons) ou n'autorise(ons) pas  la Ville de La Rochelle à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant ci-dessus désigné, sur tous supports de communication existants ou à venir. À tout moment, elle peut être retirée en informant la Ville de La Rochelle par écrit qui archivera ou détruira les photos/vidéos de votre enfant.

#### AUTORISATION DE SOINS

Autorise(ons) l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

#### LETRE D'INFORMATIONS

Je (nous) souhaite(ons) recevoir les lettres d'informations de la Direction de l'Éducation de la Ville de La Rochelle. Conformément à la loi Informatique et Libertés, les informations recueillies dans ce cadre ne seront pas partagées et vous pourrez vous désabonner à tout moment.  OUI courriel : \_\_\_\_\_  NON

Les données à caractère personnel ainsi collectées font l'objet d'un traitement dont le responsable est le Maire de La Rochelle. Elles sont collectées dans le cadre de l'exécution du contrat et sont nécessaires à l'utilisation du service (restauration, activités périscolaires, centre de loisirs). Les données médicales seront utilisées en cas d'allergie, secours, d'aide à la personne, de condition à l'exercice de certaines activités. Elles sont destinées aux services de la Direction de l'Éducation, ainsi qu'aux prestataires externes auxquels le responsable de traitement fait appel et seront conservées pendant toute la scolarité de l'enfant. Conformément à la réglementation applicable\* en matière de données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données que vous pouvez exercer en adressant un courriel à l'adresse [inscriptions.tve@ville-larochelle.fr](mailto:inscriptions.tve@ville-larochelle.fr), en précisant vos nom, prénom, adresse et en joignant une copie recto-verso de votre pièce d'identité. En cas de difficulté en lien avec la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès du délégué à la protection des données personnelles [dpg@ville-larochelle.fr](mailto:dpg@ville-larochelle.fr) ou auprès de la CNIL.

\* Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à partir du 25 mai 2018, directive n°2016/680 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite loi Informatique et Libertés révisée.

Je (nous) déclare(ons) accepter que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées, exploitées et traitées pour permettre les inscriptions aux différents Temps de Vie de l'Enfant.

Je (nous) déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et atteste(ons) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des différents Temps de Vie de l'Enfant et m'(nous) engage(ons) à en respecter les dispositions.

**Tout dossier incomplet ne sera pas traité et votre enfant ne peut être accueilli dans les structures.**

Date :

Signature(s) :