

Inscription Scolaire  
Activités périscolaires  
Centre de loisirs, Pôle jeunesse

**RENSEIGNEMENTS FAMILLE**

**Responsable Légal 1 (payeur) :**

Mère  Père  Autre ..... Autorité Parentale :  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. portable\* : ..... Tél. prof : .....

Adresse mail\* : .....

N° d'allocataire CAF : .....

**Responsable Légal 2 :**

Mère  Père  Autre ..... Autorité parentale :  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. portable\* : ..... Tél. prof : .....

Adresse mail\* : .....

**Parents séparés ou divorcés :**  Oui  Non

Si **OUI** veuillez nous fournir le jugement.

**Garde Alternée :**  Oui  Non

Si **OUI** fournir un jugement ou un calendrier de garde signé des 2 parents

**Conjoint(e) du responsable légal 1 (payeur) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. portable\* : ..... Tél. prof : .....

Adresse mail\* : .....

**Autorisations concernant la famille :**

Autorise mon/mes enfant(s) à être pris en photo ou filmé(s) lors des activités périscolaires ?

Oui  Non

Je soussigné le/ les représentant(s) donne(nt) l'autorisation de soigner mon/mes enfant(s) ou de le/les transférer à l'hôpital, en cas de nécessité

Oui  Non

**\*obligatoire**

Autorisez-vous la Mairie à vous informer par mail ou sms des activités du service (séjour, stage...)

Oui  Non

**Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'/les enfant(s) en dehors des parents (5 maximum) :**

Nom	Prénom	Tél. portable	Tél. travail

- Je certifie avoir obtenu des personnes listées ci-dessus leur consentement à venir chercher mon enfant.
- Je m'engage à informer le service Education, Jeunesse et Sports de tout changement de situation (adresse, numéros de téléphone, mail...).
- Je reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs.

A Brie-Comte-Robert, le .....

*Le Maire de la Ville de Brie-Comte-Robert – 2 Rue de Verdun 77170 Brie-Comte-Robert a désigné Monsieur Judicaël DA COSTA en qualité de délégué à la protection des données. Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à l'inscription aux activités périscolaires. Ce traitement est basé sur le consentement des personnes. Les données ne sont destinées qu'à la mairie de Brie-Comte-Robert et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pendant une durée de 10 ans. Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données ou le service chargé de l'exercice de ces droits à l'adresse suivante : Mairie de Brie-Comte-Robert – 2 Rue de Verdun – 77170 BRIE COMTE ROBERT ou dpo@briecomterobert.fr Si vous estimez que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL*

## **RENSEIGNEMENTS ENFANTS**

### **Renseignements concernant l'enfant 1:**

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : Féminin  Masculin  Né(e) le : .....  
Compagnie d'assurance\* : ..... N° d'assurance\* : .....  
Garde alternée :  Oui  Non

### **Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers ou des allergies ? :  Oui  Non

Si oui, lesquelles ? : .....

Date de vaccination : DT polio .....

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non  En cours

### **Autorisations concernant l'enfant :**

Autorise mon enfant à manger du porc ?  Oui  Non

Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités périscolaires ?  Oui  Non

**\*obligatoire**

**Renseignements concernant l'enfant 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : Féminin  Masculin  Né(e) le : .....  
Compagnie d'assurance\* : ..... N° d'assurance\* : .....  
Garde alternée :  Oui  Non

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers ou des allergies ? :  Oui  Non  
Si oui, lesquelles ? : .....  
Date de vaccination : DT polio .....  
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non  En cours

**Autorisations concernant l'enfant :**

Autorise mon enfant à manger du porc ?  Oui  Non  
Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités périscolaires ?  Oui  Non

**Renseignements concernant l'enfant 3 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : Féminin  Masculin  Né(e) le : .....  
Compagnie d'assurance\* : ..... N° d'assurance\* : .....  
Garde alternée :  Oui  Non

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers ou des allergies ? :  Oui  Non  
Si oui, lesquelles ? : .....  
Date de vaccination : DT polio .....  
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non  En cours

**Autorisations concernant l'enfant :**

Autorise mon enfant à manger du porc ?  Oui  Non  
Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités périscolaires ?  Oui  Non

**Renseignements concernant l'enfant 4 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe : Féminin  Masculin  Né(e) le : .....  
Compagnie d'assurance\* : ..... N° d'assurance\* : .....  
Garde alternée :  Oui  Non

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers ou des allergies ? :  Oui  Non  
Si oui, lesquelles ? : .....  
Date de vaccination : DT polio .....  
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non  En cours

**Autorisations concernant l'enfant :**

Autorise mon enfant à manger du porc ?  Oui  Non  
Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités périscolaires ?  Oui  Non

**\*obligatoire**