



FICHE DE RENSEIGNEMENTS SERVICES PERISCOLAIRES 2024-2025

A retourner à la mairie avant le 28 Juin Merci

Ecole publique Louise Bellays

Ecole privée Sainte Marie

| NOM – Prénom de l'enfant | Né (e) le | Classe |
|--------------------------|-----------------------|--------|
| | / / | |

Renseignements concernant les responsables légaux

| | PARENT 1 | PARENT 2 | TUTEUR(TRICE) |
|-------------------------|----------|----------|---------------|
| Nom, prénom | | | |
| Adresse | | | |
| Téléphone portable | | | |
| Téléphone professionnel | | | |
| Email | | | |
| Employeur + tel | | | |

➤ **N° allocataire** : (Merci de joindre l'attestation CAF)

➤ **AUTORITÉ PARENTALE** En cas de divorce ou de séparation, l'autorité parentale est exercée par :

Un des deux parents (précisez lequel) :

Les deux conjointement

➤ ASSURANCE

Votre enfant bénéficie-t-il d'une assurance scolaire Oui Non

Nom – Adresse

Formule + numéro de police

Possédez-vous une assurance responsabilité civile Oui Non

Nom - Adresse

N° de police

➤ MODE DE PAIEMENT

Par chèque (via le talon sur l'avis des sommes à payer) Possibilité de payer la garderie pour les moins de 6 ans en chèques CESU

Par prélèvement automatique J'ai déjà fourni un RIB qui n'a pas changé et j'autorise sa réutilisation

Je joins un RIB + Autorisation ci-dessous à remplir

Je soussigné(s), autorise(nt) la municipalité à prélever mensuellement les factures de cantine et garderie sur le compte ci-dessous :

Titulaire du compte

Code banque : Code guichet : N° de compte

Domiciliation bancaire :

Fait à , le **Nom, prénom et Signature du ou des responsables légaux**

FICHE MEDICALE POUR LES SERVICES PERISCOLAIRES - 2024-2025

NOM – Prénom de l'enfant

Né (e) le

Classe

.....

..... / /

.....

Allergie alimentaire :

Autres problème de santé :

Article 2 du règlement des services périscolaires : Les PAI sont à renouveler tous les ans

Pour toute allergie alimentaire, des dispositions spécifiques doivent être prises en accord avec le médecin de famille, le directeur de l'école, l'enseignant de l'enfant, la municipalité et les parents. Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) pourra être mis en place. Il est impératif de prendre contact avec la mairie avant la rentrée de Septembre. mairie@marcille-robert.bzh ou **02.99.43.67.34**
Rappel important : Le personnel communal n'est pas habilité à donner des médicaments aux enfants ni à mettre en place un PAI

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse :Tél. :

Fait à, le

Nom, prénom, Mention lu et approuvé et Signature du ou des responsables légaux

AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE D'URGENCE SUR LE TEMPS PERISCOLAIRE

Je (Nous) soussigné (s), Monsieur Madame.....

Domicilié (s).....

Téléphone : Monsieur.....Madame.....

Responsable (s) légal (aux) de : Nom et prénom de l'enfant

En classe deà : l'école publique Louise Bellays l'école privée Sainte Marie

Autorise (ons) Le Maire, Laurent DIVAY et les agents périscolaires encadrant notre enfant à prendre toutes les décisions d'urgence (Premiers soins, appel des services d'urgence, transport à l'hôpital, etc..) et pratiquer en cas d'urgence toute intervention médicale d'urgence, y compris une anesthésie, sur notre enfant

Fait à, le

Nom, prénom, Mention lu et approuvé et Signature du ou des responsables légaux

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT A LA GARDERIE OU CANTINE

Nom

Prénom

Téléphone

1-.....

2-.....

3-.....

Fait à, le

Nom, prénom, Mention lu et approuvé et Signature du ou des responsables légaux

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement confidentiel, strictement destiné aux services municipaux de la mairie, pour le bon fonctionnement des services, la santé et la sécurité de votre enfant.

Les destinataires de ces données sont : Le Maire, les agents périscolaires et la responsable du service.

La durée de conservation des données est d'un an sauf votre RIB qui sera détruit à la fin de la scolarité de votre enfant (sauf changement signalé ou volonté de votre part).

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant au secrétariat de la mairie 02.99.43.67.34 ou mairie@marcille-robert.bzh

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle