


VISA SAISIE

NUMÉRO INSCRIPTION

CIVILITÉ DE L'ENFANT	École		Classe
	Nom		
	Prénom		
	Date de naissance		Lieu de naissance
			Sexe <input type="checkbox"/> M ou <input type="checkbox"/> F

RESPONSABLES LÉGAUX		RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
	Nom		
	Prénom		
	Adresse		
	Complément d'adresse (n° bâtiment, escalier, d'appartement...)		
	Code postal/Ville		
	Téléphone		
	Courriel		
	Profession		
	Téléphone professionnel		
	N° allocataire CAF		

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT	Nom			
	Prénom			
	Téléphones			
	Lien avec l'enfant			

SANTÉ	VACCINATIONS OBLIGATOIRES		DATES DES DERNIERS RAPPELS	
	Diptérie Tétanos Poliomyélite			
	Projet d'Accueil Individualisé (PAI)			
	Votre enfant a-t-il des allergies, de l'asthme ou un problème de santé qui nécessite la mise en place d'un PAI ?			
		Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Allergie alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	 Si OUI , la famille doit prendre contact avec le Centre Médico-Scolaire (01 30 87 22 99) afin de mettre en place le Projet d'Accueil Individualisé (PAI)			
	Pour sa sécurité, la famille s'engage à fournir le PAI avant toute fréquentation de l'enfant à une activité organisée par la Ville. À défaut, il ne pourra participer aux activités et les sommes engagées ne pourront être remboursées.			
	INFORMATIONS UTILES DES PARENTS : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, suit-il un régime alimentaire particulier... ? L'enfant suit-il un traitement médical particulier ?			

AUTORISATIONS	Nous, soussignés M./Mme Responsables légaux de l'enfant
	SANTÉ <input type="checkbox"/> AUTORISONS le responsable de la structure à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant, y compris à le faire transporter à l'hôpital
	AUTORISATION À RENTRER SEUL - UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS DE L'ÉLÉMENTAIRE <input type="checkbox"/> AUTORISONS notre enfant à rentrer seul à la sortie des activités <input type="checkbox"/> N'AUTORISONS PAS notre enfant à rentrer seul à la sortie des activités
	<input type="checkbox"/> AUTORISONS la Ville du Pecq à diffuser des photos où figure notre enfant dans le journal municipal, sur sa page Facebook, sur son site internet ou en communication interne <input type="checkbox"/> N'AUTORISONS PAS la Ville du Pecq à diffuser des photos où figure notre enfant dans le journal municipal, sur sa page Facebook, sur son site internet ou en communication interne
	INFORMATIONS PAR COURRIEL <input type="checkbox"/> AUTORISONS l'envoi d'informations par courriel de la part des services de la Ville du Pecq <input type="checkbox"/> N'AUTORISONS PAS l'envoi d'informations par courriel de la part des services de la Ville du Pecq

- Attestons sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités et en accepter les conditions
- Certifions que notre enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité
- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous engageons à porter à la connaissance de la Ville toutes modifications qui pourraient intervenir au cours de l'année scolaire
- Attestons sur l'honneur avoir contracté une assurance responsabilité civile pour notre enfant

Le Pecq, le :

Signature des parents :

Les informations portées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé destiné aux inscriptions et au suivi des activités scolaires et périscolaires.

Depuis la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, adressez un courriel à mairie@ville-lepecq.fr