

Communauté de communes du Pays de Montbozon et du Chanois

Accueils périscolaires et de loisirs

ZA « Le Vay du Soleil », 70230 MONTBOZON

☎ : 03.84.92.92.11 - ✉ enfance.jeunesse@ccpmc.fr



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2024-2025

Photo récente
de l'enfant

Nom et prénom de l'enfant :

Né(e) le : Sexe Masculin Féminin

École fréquentée :

Classe :

Compagnie d'assurance scolaire / extrascolaire :

N° de contrat :

Merci de joindre obligatoirement une copie de l'attestation d'assurance

Garde de l'enfant : Conjointe Mère Père Garde partagée Autre

Autorité parentale : Conjointe Mère Père Autre

ENFANT A BESOINS SPECIFIQUES :

Votre enfant bénéficie-t-il ou va-t-il bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui non

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH : oui non

Merci de compléter ces informations importantes dans la fiche sanitaire obligatoire qui est jointe au dossier

AUTORISATION DE LA PUBLICATION DE L'IMAGE DE MON ENFANT

AUTORISE mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires et extra-scolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal communautaire, page Facebook, sites web, portail familles...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant, à titre gratuit. Aucune utilisation ou diffusion commerciale ne sera faite des photos.

oui non

COMPOSITION DU FOYER DE L'ENFANT

Remarque : Pour les familles séparées ou recomposées, chacun des parents devra remplir un dossier qui lui sera propre.

Responsable légal 1 : Père Mère Autre (préciser) :

NOM : PRÉNOM :

Nom de jeune fille :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Date de naissance :

Adresse :

Code postale et commune :

Téléphone : Mobile :

Mail principal pour utilisation portail famille :

Situation professionnelle : en activité en recherche d'emploi étudiant(e) autre

Employeur et lieu de travail :

Téléphone professionnel :

Régime : CAF Mutuelle Sociale Agricole autre (précisez) :

Numéro d'allocataire ou MSA * :

Responsable légal 2 : Père Mère Autre (préciser) :

NOM : PRÉNOM :

Nom de jeune fille :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Date de naissance :

Adresse :

Code postale et commune :

Téléphone : Mobile :

Mail principal pour utilisation portail famille :

Situation professionnelle : en activité en recherche d'emploi étudiant(e) autre

Employeur et lieu de travail :

Téléphone professionnel :

Régime : CAF Mutuelle Sociale Agricole autre (précisez) :

Numéro d'allocataire ou MSA * :

FACTURATION DES ACCUEILS PÉRISCOLAIRES, PRÉCISER QUI EST LE PAYEUR

(Le payeur doit obligatoirement signer le dossier)

Responsable légal 1 Responsable légal 2

Facturation partagée : joindre un courrier signé des 2 responsables légaux ou ordonnance du juge.

Semaines paires : Père Mère

Semaines impaires : Père Mère

Tiers (organismes, autre personne...) : joindre une attestation de prise en charge.

****Merci de fournir une attestation de quotient familial***

Si vous ne souhaitez pas fournir ces documents, merci de cocher la case ci-dessous.

Je ne souhaite pas transmettre mon quotient familial et le tarif maximal me sera donc appliqué.

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

J'autorise les personnes mentionnées ci-dessus à prendre en charge mon enfant auprès de l'équipe d'animation. Je dégage la Communauté de Communes du Pays de Montbozon et du Chanois de toutes responsabilités au moment de la prise en charge de mon enfant par ces personnes.

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'enfant	N° de téléphone	Adresse
	<input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
	<input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
	<input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		

AUTRES AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités : oui non

TRAITEMENT DES DONNÉES

Les informations recueillies dans la présente demande font l'objet d'un traitement destiné à gérer l'inscription, la présence et la facturation des enfants à la restauration scolaire, en périscolaire, en Mercredis et Vacances Loisirs.

Les destinataires des données sont la Communauté de communes du Pays de Montbozon et du Chanois – Service Enfance-Jeunesse - les sites d'accueils périscolaires, restaurations scolaires et loisirs. Règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes au Délégué à la Protection des Données de la collectivité via le formulaire de contact suivant : <https://www.agirhe.cdg54.fr/TDB/rgpd.aspx>

REGLEMENT INTERIEUR DU SERVICE ENFANCE DE LA CCPMC

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du Service Enfance ci-joint (disponible également sur le portail familles et sur le site Internet www.ccpmc.fr)

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur la fiche d'inscription et autorise l'équipe d'animation à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement.

Signature (Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Fait à, le

