

## FICHE D'INSCRIPTION

### ENFANT :

NOM : Prénom :  
Age : Nationalité :  
Sexe : né(e) le : / / lieu :

### FAMILLE :

Noms du (ou des) responsable(s) :  
Adresse : Téléphone responsable 1 :  
Téléphone responsable 2 :  
Quartier : E-Mail : @  
Situation familiale : Régime de sécurité sociale :  
Nombre total d'enfants : Assurance :  
Nombre d'enfants à charge : N° police assurance :

### Responsable 1 :

### Responsable 2 :

Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Adresse :			
Né(e) le : / /	lieu :	Né(e) le : / /	lieu :
Nationalité :		Nationalité :	
Téléphone :		Téléphone :	
Mobile :		Mobile :	
N°allocataire CAF :		N°allocataire CAF :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
Téléphone travail :		Téléphone travail :	
Autorité parentale oui / non		Autorité parentale oui / non	

### Informations scolaires :

Année scolaire :  Ecole :  
Classe :  Nom de l'enseignant :

### Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone domicile	Téléphone portable	Lien avec la famille

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone domicile	Téléphone portable	Lien avec la famille

**Autorisations :**

Autorisation	
Autorisation consultation du quotient familial CAF	oui
Autorisation d'hospitalisation/urgence	oui
Autorisation de filmer et photographier ALSH	oui
Autorisation de filmer et photographier périscolaire	oui
Autorisation de quitter seul(e) ALSH	non
Autorisation de quitter seul(e) l'accueil périscolaire du soir	non
Informations sur l'ALSH	

**Informations santé/alimentation/allergie de l'enfant :**

Nature	oui/non	Merci de préciser la cause de l'allergie (l'aliment, le médicament concerné...)	Existence d'un Projet d'accueil individualisé (PAI) oui/non *	Conduite à tenir, médicaments....
Allergie alimentaire				
Asthme				
Allergie médicamenteuse				
Autres (ex : sans viande, insectes..)				

**\*PAI à faire au plus vite avec le directeur/trice**

**Vaccins :**

Vaccins	obligatoire	Date dernière vaccination	Date prochaine vaccination
DT/POLIO	oui		
HEPATITE B	oui		
MENINGOCOQUE			
PNEUMOCOQUE			
ROR	oui		

**Médecin :**

Nom du médecin	spécialité	adresse	téléphone	ville

**Indiquer ci-après :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération .....

**Autres précautions à prendre :**

Fait à :

le :

signature :

**Merci de bien vouloir compléter ce document et de nous le remettre en main propre au service éducation afin de procéder aux premières réservations des repas. Sans retour de votre part, les repas seront facturés 5 €.**



## FORMULAIRE POUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Responsable de traitement :

Service Éducation

25, Boulevard du Général De Gaulle

29100 Douarnenez

Tel : 02.98.74.46.29

Mel : [education@mairie-douarnenez.fr](mailto:education@mairie-douarnenez.fr)

Site internet : [www.mairie-douarnenez.fr/](http://www.mairie-douarnenez.fr/)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la ville de Douarnenez dans le but de permettre la gestion des structures scolaires, périscolaires, l'accueil de loisirs et de temps libre.

Elles sont conservées sur support papier jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours et sur le logiciel informatique jusqu'à la fin de la fréquentation des services concernés par l'enfant. Elles sont destinées à la préinscription, à l'inscription, au suivi et à la facturation des services mentionnés.

Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : [DPO@mairie-douarnenez.fr](mailto:DPO@mairie-douarnenez.fr) ou [DPO@douarnenez-communaute.fr](mailto:DPO@douarnenez-communaute.fr).

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_