



Commune de Saint-Michel-En-l'Herm
4 rue Paul Berjonneau
85580 SAINT-MICHEL-EN-L'HERM

Accueil Périscolaire

Téléphone : 02.51.30.22.03. (Mairie)

Email : compta@stmichelherm.fr



**Inscription à retourner à l'école
AVANT LE 10 JUIN 2023**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de SAINT MICHEL EN L'HERM pour l'inscription à l'accueil périscolaire 2023/2024. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées. Conformément au 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, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de portabilité aux données vous concernant, les faire rectifier, les faire supprimer en contactant de préférence par voie électronique la CNIL à l'adresse <https://www.cnil.fr> ou à défaut par voie postale à Contact CNIL – Mairie - 4 rue Paul Berjonneau – 85580 SAINT MICHEL EN L'HERM.

Consentement préalable obligatoire avant de renseigner le formulaire : en soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées, exploitées, traitées pour l'inscription à l'accueil périscolaire 2023/2024.

Case à cocher obligatoirement : « j'accepte ».

ENFANT INSCRIT

NOM	
Prénom	
Né(e) le	/ /
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Classe	

Les responsables légaux autorisent l'enfant (**à partir de 6 ans**) à quitter seul(s) l'école après l'accueil périscolaire :
 oui Non

SANTÉ

Nom et Prénom du médecin traitant : Téléphone :

Obligation de fournir la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations

Les responsables légaux autorisent la collectivité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé de mon ou de mes enfants(s) et s'engagent à régler les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation inhérents et à informer l'accueil périscolaire de toute modification importante concernant l'état de santé de mon ou mes enfant(s) pouvant survenir en cours d'année

Allergies, Asthme,
Diabète, Intolérance,
etc ...
Traitement médical

Préciser les détails de l'allergie : **Obligation de fournir un certificat médical**

P.A.I.
(Projet d'Accueil
Individualisé)

Date du dernier P.A.I. : / /

Obligation de fournir la copie du P.A.I.

Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être confiés à l'école. Le P.A.I. est à renouveler chaque année.

DROITS A L'IMAGE

Autorise

N'autorise pas

La commune à publier la photo ou vidéo de mon enfant sur tous les supports de communication municipaux
(temps d'activités périscolaires, restauration, accueil périscolaire)

Nom de l'enfant :

Prénom :

1^{er} RESPONSABLE LÉGAL ou ASSISTANT FAMILIAL

Responsable du dossier et destinataire des factures

Père Mère Tuteur Autre :

Nom de naissance :

Nom d'usage (marital) :

Prénom :

Situation de famille : Célibataire En couple Pacsé(e)

Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse complète :

.....

..... Code postal :

Commune :

☎ Fixe : ☎ Port :

Email :

Profession :

Employeur :

☎ professionnel :

2^{ème} RESPONSABLE LÉGAL

Père Mère Tuteur Autre :

Nom de naissance :

Nom d'usage (marital) :

Prénom :

Situation de famille : Célibataire En couple Pacsé(e)

Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse complète :

.....

..... Code postal :

Commune :

☎ Fixe : ☎ Port :

Email :

Profession :

Employeur :

☎ professionnel :

ASSURANCES

CPAM CMU Autres :

N° sécurité sociale :

Nom assurance extrascolaire ou responsabilité civile :

N° du ou des contrat(s) :

PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT

Nom et Prénom

Lien de parenté

Téléphone fixe et/ou portable

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES POUR LA FACTURATION

Allocataire : CAF MSA autre, préciser :

Numéro allocataire : Quotient familial :

Fournir l'attestation de quotient familial (à renouveler à chaque changement de QF pour les allocataires non affiliés à CAF Vendée)

ENGAGEMENT

Les responsables légaux, déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche, s'engagent à informer l'accueil périscolaire de tout changement (situation de famille, coordonnées), s'engagent à régler à la commune le montant dû (restauration et accueil périscolaire) et demandent l'inscription aux services périscolaires de cet enfant selon les modalités définies dans ce document.

Fait à

Le / /

Signatures

« Lu et approuvé, bon pour accord »

Je fournis : l'attestation d'assurance en cours de validité

l'attestation de quotient familial

la copie des pages de vaccinations

RIB (si règlement par prélèvement)

Les réservations (restauration scolaire, temps d'activité périscolaire et accueil périscolaire matin/soir) doivent être faites sur le site internet <https://www.logicielcantine.fr/stmichelenlherm/>, votre identifiant vous sera communiqué par mail.