

ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____ N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché : _____
Adresse de résidence : _____
Scolarisé pour l'année 2025/2026 en niveau : _____

RESPONSABLE(S) :

◆ Responsable légal 1

Qualité : _____
Nom : _____
Prénom : _____
Adresse (si différente) : _____

CP Ville : _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

Situation familiale : ☐ Mariés ☐ Union libre ☐ Divorcés - garde alternée : ☐ oui ☐ non

N° allocataire CAF : _____

◆ Renseignements particuliers :

Mon enfant est titulaire d'un test d'aisance aquatique : ☐ oui (joindre certificat*) ☐ non

Mon enfant utilise les transports solaires : ☐ oui ☐ non

◆ Responsable légal 2

Qualité : _____
Nom : _____
Prénom : _____
Adresse (si différente) : _____

CP Ville : _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

RESPONSABLE FINANCIER :

Le responsable financier s'engage à s'acquitter des factures mensuelles dans les délais impartis (**un seul responsable financier par famille**), et communique :

- son nom et prénom :
- le montant de son quotient familial et joint l'attestation délivrée par la CAF ou la MSA au nom du responsable financier :
- courriel (*obligatoire*) :

Le responsable financier est destinataire des actus périscolaires et des factures envoyées par courriel. Le service enfance peut être amené à fournir au second responsable légal un duplicata des factures et des actus périscolaires, sur demande préalable effectuée auprès du service.

☐ Autorise le service enfance à se connecter sur le site CAF Pro en janvier pour mettre à jour mon dossier.

Le responsable financier peut choisir le prélèvement automatique comme mode de règlement. Dans ce cas il autorise la commune de Sanguinet à débiter son compte bancaire, pour l'année 2025/2026, et **fournit un R.I.B.**

Nom et signature du titulaire du compte à débiter (identique au nom du responsable financier) : _____

PERSONNES AUTORISEES :

Les personnes nommées ci-dessous sont autorisées par les responsables légaux de l'enfant à venir le chercher sur les temps périscolaires et/ou extrascolaires et à être contactées en cas d'urgence.

Inscrire le nom, prénom et numéro de téléphone (6 personnes maximum) :

- 1/.....
2/.....
3/.....
4/.....
5/.....
6/.....

SANTE DE L'ENFANT :

- Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

- Nom et date du dernier vaccin antitétanique (**joindre la photocopie**) :

☐ Mon enfant bénéficie d'une reconnaissance de handicap auprès de la MLPH (si oui, **joindre l'attestation**)

☐ Mon enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) pour l'année 2025/2026

Si oui, description du PAI :

.....
.....
.....

Allergies, intolérance, traitements, renseignements utiles sur la santé de l'enfant :

.....
.....
.....

PRISE DE VUE :

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à l'égard de l'enfant. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image, voire de son nom et :

☐ Autorise la captation de l'image et de la voix de l'enfant sur les temps d'accueil, ainsi que l'utilisation qui en sera faite par la collectivité

☐ N'autorise pas la captation de l'image et de la voix de l'enfant

Toute diffusion d'image de l'enfant hors des locaux devra être autorisée expressément par les responsables légaux, sur la demande de la collectivité.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le personnel communal du service Enfance à prendre en cas de nécessité, toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le personnel du service Enfance.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures et en accepte les dispositions.

Fait à Le

Signature :

INFORMATIONS SUR LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Pour remplir ses obligations légales et ses missions de service public, la commune collecte et traite diverses données sur ses administrés, et les conserve en tant que de besoin et dans le respect de la réglementation en matière de prescription.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et de portabilité auprès du Maire, responsable du traitement auprès de la Commune de Sanguinet sur place ou par écrit en s'adressant à Mairie de Sanguinet 1 place de la mairie 40460 Sanguinet, en joignant une copie d'une pièce d'identité, conformément à l'article 12 du Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel.

Le Délégué à la Protection des Données personnelles est l'Agence Landaise Pour l'Informatique (ALPI, 175, place de la Caserne Bosquet BP30069 - 40002 Mont de Marsan cedex), que vous pouvez contacter pour tout renseignement supplémentaire.

Documents à fournir pour une inscription complète (inscription individuelle) :

☐ dossier d'inscription complété

☐ copie du carnet de vaccination

☐ RIB

☐ certificat d'aisance aquatique

☐ attestation CAF