



## FICHE D'ADHESION ACCUEILS PERISCOLAIRE et EXTRASCOLAIRE ANNEE 2024-2025

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Renouvellement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---

En cas de renouvellement, merci d'indiquer en rouge les données qui ont changé depuis la dernière adhésion. Sinon, merci d'écrire en noir.

<input type="checkbox"/> <b>Pour l'année scolaire 2025-2026, je déclare que les informations ci-dessous restent inchangées.</b> (Cadre que nous vous ferons compléter en 2025, le cas échéant.)	Date : le                          /2025 Signature :
--	---

<input type="checkbox"/> <b>Pour l'année scolaire 2026-2027, je déclare que les informations ci-dessous restent inchangées.</b> (Cadre que nous vous ferons compléter en 2026, le cas échéant.)	Date : le                          /2026 Signature :
--	---

	PARENT 1 (contact facturation) Responsable légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	PARENT 2 Responsable légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom		
Prénom		
Téléphone		
Mail		
Adresse		

N° Allocataire	Quotient familial :
----------------	---------------------

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)			
Nom et prénom		Téléphone	
Nom et prénom		Téléphone	
Nom et prénom		Téléphone	
Nom et prénom		Téléphone	

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :			
Nom et prénom		Téléphone	
Nom et prénom		Téléphone	
Nom et prénom		Téléphone	
Nom et prénom		Téléphone	

**Si votre enfant est concerné par un P.A.I, cochez la case :**

Recommandations particulières éventuelles :  
 (Allergies, port de lunettes, difficultés éventuelles de santé... en précisant la conduite à tenir)

.....

.....

.....

.....

**Restauration scolaire – régime particulier**  
-je souhaite que les repas de mon enfant soient sans viande.



## Renseignements sanitaires à compléter

\*(joindre photocopie de la page « Vaccinations » du carnet de santé, uniquement les vaccins obligatoires)

**\*Dans le cas d'un renouvellement, à ne pas fournir si votre enfant n'a eu, ni de vaccins, ni de rappels, depuis votre dernière adhésion.**

Si l'enfant n'a pas ses vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre indication.

Vaccins obligatoires	Date derniers rappels	Vaccins obligatoires	Date derniers rappels
Diphtérie		*Hépatite B	
Tétanos		*Inf. Inv. à pneumocoques	
Polio		*Méningocoques	
*Coqueluche		*ROR	
*Haemophilus influenzae			

**\*Uniquement pour les enfants nés en 2018 et après.**

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

## Autorisations parentales

Je soussigné(e), Mr, Mme (NOM, Prénom) : \_\_\_\_\_

agissant en qualité de représentant légal

de l'enfant (NOM, Prénom) : \_\_\_\_\_

*Cocher les cases correspondantes.*

autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées. autorise les animateurs de l'accueil, à accompagner mon enfant, lors de sorties hors de l'école, uniquement à pied, à l'occasion d'activités ponctuelles ou régulières (Salle des fêtes, terrains de sport, parvis derrière la mairie...).

autorise les responsables de l'activité à prendre, le cas échéant toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale).

autorise les animateurs de l'accueil, à fixer et reproduire l'image de mon enfant :

à l'intérieur de l'enceinte de l'accueil, pour exposer les activités réalisées par les enfants. Elles ne seront visibles que par les personnes autorisées à entrer dans nos locaux ;

sur tout support d'information relatif à la promotion des activités de l'accueil (blog de l'école, newsletter, Dauphiné Libéré...);

sur clé USB des enfants et familles ayant participé à une activité dont ils souhaitent garder un souvenir.

Ces prises de vue ne pourront ni être vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par l'accueil périscolaire est garanti, de même que le droit de retrait.

## Signature

Je soussigné(e)

(Nom/Prénom) .....

déclare avoir pris connaissance, accepter les conditions du règlement intérieur et avoir vérifié l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche d'adhésion.

Fait le....., à.....

Signature :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par la commune de Malissard.

Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire.

Vos informations personnelles sont conservées pendant le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi, à moins que vous exerciez votre droit de suppression ou si la durée de conservation doit être allongée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons tout en œuvre pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 applicable dès le 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation, de suppression et de portabilité de vos données en cas de motifs légitimes.

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou notre Délégué à la Protection des Données.