



FICHE D'INSCRIPTION

20 /20

CLASSE :

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num éro de contrat

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse : si différent du responsable 1
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER autre que les responsables 1 et 2
Contacts existants

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Tournez SVP

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Les destinataires des données sont les services internes de la mairie. Ce formulaire est conservé pendant 1 an avant d'être détruit.

Les données sont enregistrées sur le portail Famille de la Commune de Festubert. Elles sont conservées toute la durée d'utilisation des services de cantine et de garderie par la famille avant d'être archivée numériquement.

Conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez des droits d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL si vous le jugez utile.

Pour exercer vos droits, contactez-nous auparavant en nous adressant un courrier postal à : « Mairie de Festubert 66 rue de Lille 62149 FESTUBERT » ou via notre plateforme dédiée en ligne : « www.demarches-simplifiees.fr/commencer/festubert ».