



## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

	1 <sup>ER</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant
Nom de naissance			
Prénom			
Date de naissance			
Classe en 2024 2025			
Ecole en 2024 2025			

ALSH les Cocci Malins Vacances  Mercredis

Activités périscolaires pratiquées Restauration scolaire :  ALP Midi  ALP Matin/Soir

Votre enfant bénéficie –t-il d'un PAI\* alimentaire : Oui  Non

Régime alimentaire Traditionnel : Oui  Non

Régime alimentaire Végétarien : Oui  Non

Régime alimentaire Végétarien les jours de viande porcine : Oui  Non

\* PAI Protocole d'accueil personnalisé

## RESPONSABLE LEGAL(E) DE L'ENFANT

	Responsable 1	Responsable 2
Nom d'usage	.....	.....
Nom de naissance	.....	.....
Prénom	.....	.....
Adresse	.....	.....
Code postal	.....	.....
Téléphone	.....	.....
Portable	.....	.....
E mail	.....	.....
Employeur	.....	.....
Tél. Professionnel	.....	.....
Allocataire CAF N°		
Ressortissants du régime général (si non préciser)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Régime fonctionnaire, SNCF, MSA et autres	.....	.....

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, Veuillez vous adresser au service informatique de l'organisme émetteur. Pour toute information ou exercices de vos droits RGPD et Informatique et Libertés les traitements des données personnelles gérés par la commune, vous pouvez contacter son délégué à la protection des données (DPO) : par courrier signé accompagné d'un titre d'identité à l'adresse suivante : CDG 30 183, Chemin du MAS Coquillard 30900 NIMES Par courriel : [dpo@cdg30.fr](mailto:dpo@cdg30.fr)

## AUTORISATIONS PARENTALES

	1 <sup>ER</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant	3 <sup>e</sup> enfant
<b>Nom de naissance</b>			
<b>Prénom</b>			

Consultation données allocataires partenaires :

Site CDAP pour le quotient familial - accessible par le personnel habilité Oui  Non

<b>Périscolaire</b>	Droit à l'image : publication photos et vidéos	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Transport collectif en bus et mini-bus	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Participation aux activités et aux sorties organisées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Rentrer seul ( <i>à partir du CP</i> )	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Extrascolaire (ALSH)</b>	Droit à l'image : publication photos et vidéos	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Transport collectif en bus et mini-bus	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Participation aux activités et aux sorties organisées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Participation aux temps de baignades surveillées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### Personnes autorisées à récupérer le ou les enfants en cas d'urgence : 3 personnes maximum

Nom.....	Lien avec l'enfant.....
Prénom.....	Date de naissance.....
Lieu de naissance.....	
Téléphone.....	

Nom.....	Lien avec l'enfant.....
Prénom.....	Date de naissance.....
Lieu de naissance.....	
Téléphone.....	

Nom.....	Lien avec l'enfant.....
Prénom.....	Date de naissance.....
Lieu de naissance.....	
Téléphone.....	



## PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

La commune vous informe que vous disposez :

- D'un droit d'accès aux données que nous traitons et qui vous concernent,
- D'un droit d'opposition au traitement des données qui vous concernent,
- D'un droit de rectification des données qui vous concernent,
- D'un droit à l'effacement (ou droit à l'oubli) des données qui vous concernent,
- D'un droit à la limitation du traitement des données qui vous concernent,
- D'un droit à la portabilité des données qui vous concernent,
- D'un droit d'opposition aux décisions individuelles automatisées et profilage,
- D'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle eu égard aux données qui vous concernent.

Pour toute information ou exercice de vos droits RGPD et Informatique et libertés sur les traitements de données personnelles gérés par le service périscolaire, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données DPO de la commune.

Par courrier : CDG 30, 183 chemin du Mas Coquillard 30900 NIMES

Par mail : [dpd@cdg30.fr](mailto:dpd@cdg30.fr)

Une réponse vous sera communiquée dans un délai d'un mois.

Vous disposez par ailleurs, du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et des Libertés (CNIL), notamment sur son site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

Je soussigné(e) Mme, M.....

Responsable légal1 en qualité de père  mère

Responsable légal 2 en qualité de père  mère

® **J'autorise** les services compétents de la municipalité à communiquer avec moi par adresse électronique sur la bonne tenue du dossier unique de pré-inscription.

® **Je m'engage** à communiquer tout changement relatif aux renseignements indiqués sur ce dossier.

® **Je déclare** sur l'honneur avoir pris connaissance des règlements intérieurs spécifiques à chaque activité.  
(Restauration scolaire, Accueil périscolaire, Garderie sans repas)

® **Je déclare et autorise** les équipes éducatives à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence ou d'accident grave pouvant entraîner une hospitalisation de mon (mes) enfants (s).

Utilisation des données personnelles pour en cas d'alerte sur le GEDICOM de la commune

® **J'autorise**  **Je refuse**  **l'utilisation de mes données personnelles pour le GEDICOM communal en cas d'alerte**



## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER D'INSCRIPTION

### (FOURNIR LES PHOTOCOPIES)

- Livret de famille ou acte de naissance avec filiation complète de moins de 3 mois
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture eau, électricité, téléphone fixe)
- 1 photo d'identité récente de l'enfant (écrire nom prénom au dos)
- Attestation de droits et N° d'allocataire CAF ou MSA + Aide aux Temps Libres (ATL)
- Attestations d'assurances : **responsabilité civile, périscolaire et extra-scolaire\***
- Acte mentionnant l'attribution de l'exercice de l'autorité parentale (séparés ou concubins) pour les parents divorcés fournir le jugement
- Carnet de santé de l'enfant avec les vaccinations mises à jour (ou certificat de vaccinations) en 2 exemplaires
- PAI : signé par l'établissement scolaire et le médecin, avec ordonnances et trousse de traitements nominatives
- Annexe 1 – la fiche sanitaire de liaison complétée

*\*SI INSCRIPTION SUR LES TEMPS ALSH*

L'adhésion annuelle de 5€ (10 € pour les enfants résidants hors commune) est obligatoire par enfant et par activité. Elle sera à régler directement via le Portail famille

Fait à ..... Le.....

**Signatures du ou des représentants (s) légal (aux)**

Mention obligatoire « lu et approuvé »

**DOSSIER COMPLET à retourner AVANT LE VENDREDI 13 JUIN 2025**

**à l'accueil de la Mairie EXCLUSIVEMENT**

**L'inscription de l'enfant sera effective UNIQUEMENT SI LE DOSSIER EST COMPLET**

**Mairie de Saint Hilaire de Brethmas** – 1 Chemin du stade – 30560 Saint Hilaire de Brethmas  
Pour tout renseignement contacter le : **service affaires scolaires au 06.43.84.71.39 ou par mail à**  
[affaresscolaires@shb30.com](mailto:affaresscolaires@shb30.com)  
ou [mairie@shb30.com](mailto:mairie@shb30.com) / [www.sainthilairedebrethmas.fr](http://www.sainthilairedebrethmas.fr)

## ANNEXE 1 - FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

**PRECISEZ :** .....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :** LES ANTECEDENTS MEDICAUX ET/OU **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE :**

.....

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### 2 – PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) ET/OU PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ (PAP)

Votre enfant bénéficie t-il :

1. **D'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours** : oui  non   
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

**LE PAI concerne-t-il une allergie alimentaire** : oui  non

*Si la réponse est « oui », un panier repas devra être fourni de manière systématique par la famille.*

2. **D'un P.A.P (Plan d'accompagnement personnalisé) en cours** : oui  non   
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

**Notification MDPH** : oui  non  en cours

*Période de validité : du ..... au .....*

**Votre enfant bénéficie t-il de l'AAEH** oui  non

**Votre enfant bénéficie t-il un accompagnement AESH en classe** oui  non

### 3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  *au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant*

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

### 4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM .....

PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

MÉDECIN TRAITANT oui  non

NOM ET TELEPHONE : .....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :