



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
**des Vallées de la Brayre
et de l'Anille**

Dossier d'inscription



Enfant :

Nom :

Prénom :

Fille

Date de Naissance :

Garçon

Adresse :

Téléphone domicile :

Email :

Parents : (si tuteur, le préciser)

Père : Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Téléphone domicile (si différent) :

Profession :

Adresse de l'employeur :

Téléphone lieu de travail :

Portable :

Mère : Nom :

Prénom

Adresse (si différente) :

Téléphone domicile (si différent) :

Profession :

Adresse de l'employeur :

Téléphone lieu de travail :

Portable :

En cas de divorce ou de séparation, merci de fournir le jugement du tribunal indiquant les modalités d'exercice de l'autorité parentale.

Frères et sœurs :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

N° d'allocataire C.A.F

Si autre régime (M.S.A., M.G.E.N., S.N.C.F., etc.) le préciser :

DROIT À L'IMAGE :

Je soussigné (e) (Nous soussignés) Nom :

Prénom :

Ayant l'exercice de l'autorité parentale, autorise (autorisons) la prise de photos ou de films de mon enfant

Nom :

Prénom :

Lors de sa venue au multi accueil et leur utilisation dans le cadre suivant :

- Affichage au sein du multi accueil (fêtes, sorties, activités d'éveil, etc.) : **oui** **non**

- Publications (bulletin communautaire, etc.) : **oui** **non**

- Partage de photos de groupe avec les familles inscrits au multi accueil **oui** **non**

Je renonce par avance à tous mes droits sur ces images.

Fait à :

Le

Signature :

AUTORISATION DE SORTIES :

Je soussigné (e) (Nous soussignés) Nom :

Prénom :

Ayant l'exercice de l'autorité parentale, autorise (autorisons) le personnel à sortir mon enfant

Nom :

Prénom :

Hors des locaux du multi accueil.

NB : Pour les sorties nécessitant un mode de transport collectif, une autorisation spécifique sera à remplir et à signer).

Fait à

Le

Signature :

SANTÉ :

Nom et adresse du médecin traitant :

Téléphone :

Recommandations particulières sur l'état de santé de l'enfant (allergie alimentaire, médicamenteuse, maladie spécifique, handicap, etc.) :

Vaccinations obligatoires et conseillées pour l'entrée en collectivité :

Vaccinations	Date des injections	Rappels
BCG		
DTCP		
ROR		
Hépatite B		
Pneumocoque		
Autres vaccinations		

Votre enfant a-t-il déjà eu :

Coqueluche oui non

Rougeole oui non

Méningite oui non

Diphtérie oui non

Oreillons oui non

Varicelle oui non

Hépatite oui non

Rubéole oui non

Scarlatine oui non

AUTORISATIONS DE SOINS ET D'INTERVENTION

EN CAS D'URGENCE

Je soussigné (e) (Nous soussignés) Nom :

Prénom :

Ayant l'exercice de l'autorité parentale de l'enfant Nom :

Prénom :

- Autorise (autorisons) le responsable du multi accueil (ou son adjointe) à prendre toutes les dispositions médicales et chirurgicales urgentes qui seraient nécessaires à l'état de santé de mon enfant, dont l'hospitalisation préconisée par le médecin du S.A.M.U.
- Autorise (autorisons) l'établissement concerné à pratiquer toute intervention chirurgicale d'urgence.

Fait à :

Le

Signature :

- ➔ Si besoin est (en cas de fièvre supérieure à 38°C et/ou douleur), j'autorise le responsable du multi accueil (ou son adjointe) à donner un antipyrétique (Doliprane, Efferalgan) à mon enfant :

Fait à :

Le

Signature :

**AUTORISATION POUR UNE TIERCE PERSONNE
A REPENDRE L'ENFANT**

Je soussigné(e) (Nous soussignés) Nom :

Prénom :

Ayant l'exercice de l'autorité parentale, autorise (autorisons) les personnes nommées ci-dessous a venir

chercher mon enfant Nom :

Prénom :

De façon permanente.

Nom et Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

DATE :

SIGNATURE :



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
des Vallées de la Braye
et de l'Anille

Le Jardin des Sens
MULTI-ACCUEIL



Enquête « Filoué »

FILOUE : c'est une Enquête sur les publics accueillis en Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant.

Il s'agit de faire remonter à la Cnaf, de façon totalement anonymisée, les informations des crèches qu'elle finance : nombre d'enfants accueillis, caractéristiques des familles, lieu de résidence des enfants, articulation avec les autres modes d'accueil, etc...

La branche Famille a besoin de ces informations détaillées afin de mieux piloter et évaluer la politique d'accueil du jeune enfant. Forte de ces informations, la Cnaf pourra, ainsi, mieux répondre aux besoins et attentes des familles.

Nom :

Prénom :

Numéro Allocataire Caf ou Msa :

Autorise

N'autorise pas

La Communauté de Communes des Vallées de la Braye et de l'Anille à communiquer mes données personnelles à la CNAF à des fins statistiques ; celles-ci seront rendues anonymes.

Fait à

Le

Signature

(Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et libertés », modifiée et Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD).

En remplissant ce formulaire remis à la Communauté de Communes des Vallées de la Braye et de l'Anille, responsable du traitement, vous autorisez la collecte de Données à Caractère Personnel (DCP) vous concernant (vous et votre enfant) et leur utilisation dans le cadre de la bonne organisation de l'espace Multi accueil Le Jardin des Sens.

Le traitement de ces DCP, effectué sur la base de votre consentement, est nécessaire pour assurer une gestion de qualité de ce service.

Ces DCP seront conservées par la Communauté de communes pendant toute la durée de l'année scolaire d'inscription de votre enfant.

Sauf disposition législative, réglementaire ou décision de justice contraire, l'accès à ces DCP sera restreint aux personnes habilitées à traiter ces données et le cas échéant aux prestataires techniques dans le respect de la réglementation.

Il est rappelé que dans le cadre du traitement de ces DCP, et conformément aux dispositions du RGPD, vous disposez des droits suivants dans les conditions précisées par ce règlement :

- ➔ Droit d'accès aux données, de portabilité-de rectification ou d'effacement de ces données,
- ➔ Droit à la limitation du traitement de ces données ou d'opposition à ce traitement.

Pour exercer ces droits ou pour formuler toute autre demande concernant le traitement de ces DCP, vous pouvez contacter par mail, accompagné d'un justificatif d'identité, le responsable du traitement et/ou le Délégué à la Protection des Données (Atesart, mail: dpo@sarthe.fr).

Dans le cadre du traitement de ces DCP, sont prises toutes les mesures techniques, organisationnelles et de sécurité appropriées contre tout accès non autorisé, altération, divulgation, destruction et perte de ces données, lesquelles sont hébergées dans des centres de données localisés au sein de l'Union Européenne pour toute la durée des traitements.

X Je reconnais avoir lu et compris ce qui précède, et j'accepte que mes données soient utilisées aux fins décrites dans le présent texte.

Date + Signature