



**SERVICE PÉRISCOLAIRE DE LA COMMUNE DE DAMPRICHARD**

Date de réception  
du dossier :  
..... / ..... / .....

**DOSSIER D'INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE : \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_**

**Demande d'inscription à partir du ..... / ..... / ..... pour l'(les) enfant(s) :**

| Nom - Prénom enfant(s) | Date de naissance | Classe à la rentrée |
|------------------------|-------------------|---------------------|
|                        |                   |                     |
|                        |                   |                     |
|                        |                   |                     |
|                        |                   |                     |

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX DE(S) L'ENFANT(S) :**

**N° Allocataire CAF / MSA** (mention obligatoire) .....  Besançon  Montbéliard

**PÈRE** ou représentant légal (*rayez la mention inutile*)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

**Mail :** .....

**Téléphone :** .....

**OBLIGATOIRE :**

**Nom employeur :** .....

**Téléphone employeur :** .....

**MÈRE** ou représentant légal (*rayez la mention inutile*)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

**Mail :** .....

**Téléphone :** .....

**OBLIGATOIRE :**

**Nom employeur :** .....

**Téléphone employeur :** .....

⇒ **au moins une adresse, une adresse-mail et un numéro de téléphone sont obligatoires**

**CONTACTS PRIORITAIRES EN CAS D'URGENCE :**

Téléphone : ..... Téléphone : ..... Téléphone : .....

**ADRESSE DE FACTURATION :** Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

.....

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'(LES) ENFANT(S) :****MÉDECIN TRAITANT DE(S) L'ENFANT(S) :**

Docteur : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

**VACCINATIONS :**

| Prénom | Allergies* | Traitements* | Autres* | Vaccinations<br><i>Cocher les vaccins effectués</i>   |
|--------|------------|--------------|---------|---|
|        |            |              |         | <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DT POLIO <input type="checkbox"/> ROR |
|        |            |              |         | <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DT POLIO <input type="checkbox"/> ROR |
|        |            |              |         | <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DT POLIO <input type="checkbox"/> ROR |

\* En cas d'allergie, pathologie ou contre-indication médicale, fournir une fiche « Projet d'Accueil Individualisé » dûment remplie.  
La Commune ne sera pas tenue responsable d'incidents liés à un état médical non signalé.

**AUTORISATIONS****Personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les parents) :**

Contact n°1 : NOM – Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

Contact n°2 : NOM – Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

.....

**Personnes majeure autorisée à reprendre l'(les) enfant(s) (autre que les parents) :**

NOM – Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

**Autorisation de publication de l'image de mon/mes enfant(s) :**

J'accepte que mon(mes) enfant(s)..... soi(en)t pris en photo et puisse(nt) figurer dans quelconques revues (bulletin communal de DAMPRICHARD, journaux régionaux...) et sur le site internet de la commune.

Je n'accepte pas que mon(mes) enfant(s)..... soi(en)t pris en photo et puisse(nt) figurer dans tout support informatique, numérique et papier.

### **Autorisation de déplacement :**

- J'accepte que l'animateur(trice), dans le cadre des activités périscolaires, accompagne mon(mes) enfant(s) ..... du périscolaire à la salle polyvalente, à la maison des associations ou autre lieu, et vice-versa.

## **Règlement Général pour la Protection des Données Personnelles**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 (modifiée en 2004 et 2018) et au Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) : Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, nous vous informons que :

- Les données personnelles recueillies dans le cadre de ce formulaire font l'objet d'un traitement (Art.13 du RGPD) dont la finalité est la gestion du périscolaire de Damprichard ;
- Elles sont nécessaires pour l'exécution du contrat, ou nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de l'enfant concerné (Art 6.1.b et Art 6.1.d du RGPD). Lorsqu'il y a présence de cases à cocher, le consentement est alors ainsi collecté (Art 6.1.a du RGPD) ;
- Elles seront conservées durant toute la durée de présence de l'enfant à ce service périscolaire ;
- Le Maire de Damprichard est responsable du traitement. Les destinataires des données collectées par ce formulaire sont les services habilités de la Mairie uniquement (secrétariat, périscolaire) ainsi que la DGFIP pour les données de facturation ;
- En application des articles 15 et suivants du règlement susmentionné, vous pouvez en vous adressant à la Mairie, bénéficier d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données ou d'une limitation du traitement et le cas échéant le droit à la portabilité de vos données.

Pour faire valoir vos droits, ou toute autre demande concernant vos données personnelles, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données au 03.81.44.22.19 ou à l'adresse électronique : [rgpd@adat-doubs.fr](mailto:rgpd@adat-doubs.fr) .

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits concernant vos données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et les Libertés (CNIL) :

- Sur le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>
- Par voie postale : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 -75334 PARIS CEDEX 07
- 

## **ASSURANCE EXTRASCOLAIRE**

Nom de l'organisme : ..... Numéro d'adhérent : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

## MODALITÉS D'INSCRIPTION

Je souhaite inscrire mon(mes) enfant(s) au périscolaire organisé par la commune de Damprichard selon les modalités suivantes :

|          |             |                                    |  |
|----------|-------------|------------------------------------|--|
| NOM..... | Prénom..... | <input type="checkbox"/> A l'année | <input type="checkbox"/> A la semaine      |
|          |             | <input type="checkbox"/> Au mois   | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| NOM..... | Prénom..... | <input type="checkbox"/> A l'année | <input type="checkbox"/> A la semaine      |
|          |             | <input type="checkbox"/> Au mois   | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |
| NOM..... | Prénom..... | <input type="checkbox"/> A l'année | <input type="checkbox"/> A la semaine      |
|          |             | <input type="checkbox"/> Au mois   | <input type="checkbox"/> Occasionnellement |

Merci de cocher la case correspondante à votre choix et de remplir une fiche d'inscription par enfant.  
**Sous réserve d'augmentation des tarifs, en fonction du coût des repas.**

## ENGAGEMENT ET SIGNATURE(S)

Je soussigné(e) .....

- certifie la sincérité et l'exactitude des informations fournies dans le présent document,
- déclare avoir pris connaissance de la « charte du savoir-vivre et du respect mutuel »,
- déclare m'engager à respecter le règlement du périscolaire de DAMPRICHARD et l'ensemble des consignes qui me seront données en cours d'année scolaire par la Mairie de Damprichard,
- demande qu'en cas d'urgence, tous soins nécessaires à l'état de mon(mes) enfant(s) .....  
lui (leur) soient donnés (intervention chirurgicale, hospitalisation, ou autres),

Date :

Signature du père  
précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

Signature de la mère  
précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

*ou signature du représentant légal*  
précédée de la mention  
« Lu et approuvé »