



MAIRIE de VIENS  
84750 VIENS  
Tél : 04 90 75 20 02  
[commune-de-viens@wanadoo.fr](mailto:commune-de-viens@wanadoo.fr)

## DOSSIER D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE PÉRIODES PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE 2021-2022



CENTRE DE LOISIRS DE VIENS  
84750 VIENS  
Tel : 04.90.71.87.95 - 06.49.99.24.49  
[alshdeviens@orange.fr](mailto:alshdeviens@orange.fr)

### RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Date de naissance : ..... Sexe :  M  F  
Ville de naissance : ..... Département : .....  
Pays : ..... Nationalité : .....

### SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Concubinage  Pacs

**Responsable légal 1 :**  Père  Mère  Tuteur  Autorité Parentale

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone personnel : .....

E-mail personnel : .....

CAF N° Allocataire .....  MSA (Joindre votre dernière feuille d'impôt)

Réception des factures par :  Mail ou  Voie postale

**Responsable légal 2 :**  Père  Mère  Tuteur  Autorité Parentale

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone personnel : .....

E-mail personnel : .....

CAF N° Allocataire .....ou  MSA (joindre votre dernière feuille d'impôt)

En cas de parents séparés souhaitant recevoir deux factures différentes selon les jours de gardes alternées  
veuillez préciser le choix de réceptions des factures :  Mail ou  Voie postale

## ACCUEIL PERISCOLAIRE DES ENFANTS (cochez les cases nécessaires)

Horaires	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin : 07h30 à 08h40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi : 16h10 à 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## AUTORISATION PARENTALE

### Médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Si votre enfant requiert une attention particulière, un projet d'accueil individualisé devra être réalisé avec un médecin scolaire et votre médecin si la santé de votre enfant nécessite :

- Des aménagements pour un problème de santé ou d'allergies alimentaires,
- Des médicaments à administrer en cas d'urgence,

**Un bilan d'allergologie ou médical** devra être fourni **obligatoirement** en début d'année scolaire pour l'élaboration de ce projet d'acueil individualisé.

- J'(nous) autorise(ons)** en cochant cette case la municipalité et par délégation la ou le responsable du centre de loisirs à prendre en cas d'accident ou de maladie toutes les mesures d'urgences nécessaires.
- Je(nous) m'(nous)engage(ons)** en cochant cette case à payer directement aux médecins ou pharmaciens les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.
- J'(nous) autorise(ons)** en cochant cette case la municipalité et par délégation la ou le responsable du centre de loisirs à administrer une dose de paracétamol en fonction de son poids en cas de fièvre supérieure à 38°

## DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre de notre travail pédagogique, nous sommes amenés à photographier ou à filmer les enfants au cours d'activités périscolaires et extrascolaires.

Il ne s'agit pas de films ou de photographies individuelles d'identité mais de vidéos ou de photos de groupe montrant des enfants en activité en vue de les publier sur les supports de communication liés à la commune ou de réaliser des projets pédagogiques proposés par le centre de loisirs.

Nous accordons la plus grande attention pour qu'aucune photo ou vidéo ne puisse porter préjudice à votre dignité ou celle de votre enfant. Les légendes accompagnant les photos ou les vidéos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement un enfant ou sa famille.

L'utilisation non lucrative de ces photos ou vidéos reste soumise à votre autorisation et vous précisons qu'en cas de refus de votre part nous serions dans l'obligation soit d'écarter votre enfant lors de prise de vue, soit de masquer son visage sur les photos. Votre accord est donc nécessaire et pouvez l'annuler à tout moment à votre convenance.

- J'(nous) autorise(ons)** en cochant cette case l'utilisation et la diffusion de photos et vidéos sur lesquelles figure mon (notre) enfant conformément aux conditions décrites ci-dessus.

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE OU AUTORISÉES À RÈCUPÉRER L'ENFANT**

Nous vous informons que **seules** les personnes notées ci-dessous sont habilitées à récupérer l'enfant sur **présentation d'une pièce d'identité.**

**Personne 1 :**  A appeler en cas d'urgence  Autorisées à récupérer l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Autres préciser : .....

Téléphone à contacter N°1 : ..... N°2 : .....

**Personne 2 :**  A appeler en cas d'urgence  Autorisées à récupérer l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Autres préciser : .....

Téléphone à contacter N°1 : ..... N°2 : .....

**Personne 3 :**  A appeler en cas d'urgence  Autorisées à récupérer l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Autres préciser : .....

Téléphone à contacter N°1 : ..... N°2 : .....

**Personne 4 :**  A appeler en cas d'urgence  Autorisées à récupérer l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Autres préciser : .....

Téléphone à contacter N°1 : ..... N°2 : .....

## PIÈCES À FOURNIR

- Avis d'imposition pour le calcul du quotient familial si vous êtes affiliés MSA
- Copie du carnet de santé rubrique « état des vaccinations »

## CONSETEMENTS ET PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Ce dossier comporte des informations utiles à la gestion du directeur de l'ALSH et seront prises en compte dans le logiciel de la structure dans l'objectif :

- D'assurer la gestion des enfants (inscription, répartition dans les groupes..).

Le Maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière de gestion du pôle enfance.

Je suis en outre avisé qu'en application de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motifs légitimes et d'effacement des données me concernant. Je peux exercer mes droits en contactant le Mairie par courrier à l'adresse suivante : Place de l'ormeau, 84750 Viens ou par mail à [commune-de-viens@wanadoo.fr](mailto:commune-de-viens@wanadoo.fr)

Conformément à l'article 441-6 du code pénal :

Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.

- Je (nous) certifie(ions) sur l'honneur en cochant cette case, disposer d'une assurance responsabilité civile pour mon (notre) enfant à la compagnie d'assurance : ..... sous le N° de police : .....
- Je (nous) certifie(ions) sur l'honneur en cochant cette case l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'inscription
- Je (nous) m'engage(ons) à informer immédiatement par écrit la Mairie de Viens de toutes modifications des renseignements portés sur ce dossier
- Je (nous) certifie(ions) sur l'honneur que l'inscription à l'ALSH de mon (notre) enfant est effectuée conjointement.

**Le.....**  
**Signature du responsable légal 1**  
**Précédée de « Lu et approuvé »**

**Le.....**  
**Signature du responsable légal 2**  
**Précédée de « Lu et approuvé »**