



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIALE

Année 2024-2025

Une fiche par famille

## Service Périscolaire/ A.L.S.H. – Mairie de La Chapelle Thouarault

NOM/Prénom PERE et adresse.....  
 NOM/Prénom MERE et adresse (si différente).....  
 Téléphone(s) domicile.....  
 N° de portable père.....N° de portable mère :.....  
 Téléphone travail père : .....Téléphone travail mère.....  
 Adresse(s) mail : .....  
 Nom et n° de tél. du Médecin (facultatif).....

### Enfant(s) :

Nom, Prénom et date de naissance :.....Classe.....  
 Nom, Prénom et date de naissance :.....Classe.....  
 Nom, Prénom et date de naissance :.....Classe.....  
 Nom, Prénom et date de naissance :.....Classe.....

### AUTORISATIONS GENERALES

Je, soussigné(e) : ....., responsable légal de(s) l'enfant (s) : .....

Autorise mon ou mes enfant(s) à participer aux activités Périscolaires /A.L.S.H., notamment physiques et sportives, sur l'année scolaire indiquée, (sauf contre-indication médicale que je dois signaler ici) :

Autorise la municipalité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon ou mes enfant(s).

Autorise la municipalité et les intervenants sous responsabilité communale à accompagner mon ou mes enfant(s) sur les lieux d'activités (éventuelles activités sur des sites hors de l'école).

Autorise la municipalité à prendre en photo ou en vidéo mon ou mes enfant(s) et à utiliser sans contrepartie ces photographies dans les différentes publications de la Commune uniquement.

### AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e)....., responsable légal de(s) l'enfant(s).....  
 .....autorise les personnes inscrites ci-dessous (le frère ou la sœur le cas échéant) à venir chercher mon (mes) enfant(s) à la garderie.

1-..... Tél. :.....Lien de parenté : .....  
 2-..... Tél. :.....Lien de parenté : .....  
 3-..... Tél. :.....Lien de parenté : .....

### Ou

Je soussigné(e)....., responsable légal de(s) l'enfant(s).....  
 .....autorise le ou les enfant(s) à rentrer seuls à la maison (ne concerne que les élèves d'élémentaire).

### ASSURANCE

Je, soussigné(e) .....reconnait avoir eu connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile individuelle pour mon enfant.

Compagnie : .....N° de contrat : .....

### REGIME

CAF-N° d'allocataire : ..... ou  MSA - N° d'allocataire : .....

Autre : .....

- Si votre enfant bénéficie de l'AEHH (Allocation Education Enfant Handicapé) merci de cocher cette case :
- Afin de prendre en compte votre quotient familial pour la facturation A.L.S.H., veuillez autoriser un agent habilité de la mairie à consulter votre dossier CAF en cochant cette case :

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Merci de remplir la fiche sanitaire de liaison (une par enfant).

*Je certifie exacts les renseignements inscrits sur cette fiche périscolaire et je déclare avoir pris connaissance du règlement périscolaire (cantine et garderie) et du règlement de l'A.L.S.H. et les accepter.*

Signature des parents :

*La réglementation concernant la protection des données personnelles a évolué, avec l'entrée en vigueur du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018. La mairie de La Chapelle Thouarault, dont le maire est responsable de traitement, collecte vos données qui seront traitées par ses agents. Conformément à l'article 15 du RGPD, la collecte de vos données dans ce formulaire par la Mairie de La Chapelle Thouarault est nécessaire pour répondre à l'exercice de votre droit d'accès. Il s'agit d'une obligation légale. Les agents des services de la Mairie de La Chapelle Thouarault auront accès à ces données afin de répondre à votre demande. Ces données seront conservées ou éliminées selon les préconisations relatives au tri et à la conservation des archives produites par les communes (DGP/SIAF/2014/006) établies par le Ministère de la Culture et de la Communication.*

*Vous disposez à tout moment d'un droit d'opposition, accès, rectification, effacement et de limitation en vous adressant à la Mairie de La Chapelle Thouarault. Pour toute question, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données, Centre de Gestion d'Ille et Vilaine, Village des collectivités territoriales, 1 avenue de Tizé, CS 13600, 35236 THORIGNE FOUILLARD CEDEX ou dpd@cdg35.fr. En cas de manquement à ces obligations, vous pouvez saisir la CNIL.*