

Fiche de renseignements

Cette fiche de renseignements* est à remplir obligatoirement et à remettre avant la fréquentation aux activités municipales

Nom :	ANNÉE 2019-2020	
	École	Classe
Prénom :	Né(e) le	
Adresse :		

Photo

Renseignements familiaux

Responsable légal 1 : **Père – Mère – Tuteur** (rayer les mentions inutiles)

Nom :	Prénom :
Adresse :	Tél. domicile :
	Tél. portable ⁽¹⁾ :
	Tél. employeur :
	E-mail ⁽¹⁾ :

Responsable légal 2 : **Père – Mère – Tuteur** (rayer les mentions inutiles)

Nom :	Prénom :
Adresse :	Tél. domicile :
	Tél. portable ⁽¹⁾ :
	Tél. employeur :
	E-mail ⁽¹⁾ :

Personnes à contacter en cas d'urgence (si différentes des responsables légaux)

Nom :	Prénom :
Adresse :	Tél. domicile :
	Tél. portable :
	Tél. employeur :

Nom :	Prénom :
Adresse :	Tél. domicile :
	Tél. portable :
	Tél. employeur :

J'autorise la ville de Trappes-en-Yvelines à utiliser le numéro de téléphone portable et mon mail pour diffuser des informations municipales

***Règlement général sur la protection des données :** La commune de Trappes-en-Yvelines, responsable de traitement, domiciliée à l'adresse 1 rue de la République à Trappes-en-Yvelines, met en œuvre à travers les directions du scolaire, des accueils périscolaire et de loisirs, des sports et de la jeunesse un traitement de données à caractère personnel relatif à l'ouverture d'un dossier administratif.

Ce traitement a pour but d'exécuter une mission de service public visant à faciliter son inscription ou celle de son enfant pour participer ou participer à une activité proposée par la ville de Trappes-en-Yvelines.

Vos données personnelles seront conservées pour une durée de 5 ans à compter de la date d'inscription. Elles ne feront l'objet d'aucun partage avec des entités extérieures, ni d'aucun transfert hors de l'union européenne.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers et aux libertés modifiées, et du Règlement Général sur la Protection des Données du 25 mai 2018, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Si vous souhaitez exercer les droits précités, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse mail suivante : dpd@mairie-trappes.fr.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Votre enfant a-t-il une ou plusieurs allergie(s) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Enfant porteur de handicap (MDA) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, a-t-il un protocole d'accueil personnalisé avec la ville ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Activités contre-indiquées pour raisons médicales (certificat médical à fournir) :
Repas sans porc : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Eventuels problèmes de santé (porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...) :	Attestation responsabilité civile : Nom et adresse de la société d'assurance (obligatoire) :
Votre enfant est-il à jour de ses vaccins obligatoires ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	N° de police d'assurance :
Date du dernier rappel : Fournir une copie du carnet des vaccins obligatoire.	(La responsabilité civile obligatoire ne couvre que les dommages causés à autrui. Afin de couvrir les dommages possibles subis par l'enfant, les responsables légaux du mineur ont intérêt à souscrire un contrat d'assurance complémentaire).

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) _____ autorise le responsable à prendre toutes les dispositions pour faire soigner et faire pratiquer toute intervention d'urgence jugée utile et nécessaire.
OUI NON

Je soussigné(e) _____ autorise la commune à publier dans le journal de la ville et dans les autres supports d'information municipaux les photos ou vidéos de mes enfants prises lors des activités :
OUI NON

POUR LES ENFANTS D'ÂGE MATERNEL ET ÉLÉMENTAIRE

Autorisations parentales

OUI, j'autorise mon enfant de 6 ans et plus à rentrer seul à partir de _____ h _____

NON, je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul

Si non, je soussigné(e) : _____ autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant. Seules les personnes majeures sont autorisées à venir chercher un enfant

Nom et Prénom : _____ Nom et Prénom : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Tél. travail : _____ Tél. travail : _____

POUR LES JEUNES COLLÉGIENS

J'ai bien pris connaissance que mon enfant doit venir et repartir par ses propres moyens.

ACTIVITÉS SPORTIVES - DÉCHARGE MÉDICALE

Je soussigné(e) _____ responsable ou tuteur légal autorise mon enfant à pratiquer les activités physiques et sportives que propose la Ville de Trappes-en-Yvelines. J'atteste sur l'honneur que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à communiquer immédiatement les modifications ainsi que les changements de numéros de téléphone.

Je déclare avoir pris connaissance et accepter les différents règlements intérieurs des structures municipales fréquentées.

FAIT À :

LE :

SIGNATURE

