



DOSSIER DE SÉCURITÉ

Année scolaire 2024/2025



- Accueil périscolaire du matin
- Accueil périscolaire du midi (cantine)
- Accueil périscolaire du soir

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Lieu de naissance (Commune + n° Dpt) :

Classe à venir :

| | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| PS <input type="checkbox"/> | MS <input type="checkbox"/> | GS <input type="checkbox"/> |
| CP <input type="checkbox"/> | CE1 <input type="checkbox"/> | CE2 <input type="checkbox"/> |
| CM1 <input type="checkbox"/> | CM2 <input type="checkbox"/> | |

Représentant légal 1 :

Père

Mère

Tuteur/trice

NOM et Prénom :

Adresse :

N° domicile : N° portable : N° travail :

Profession - Employeur et lieu de travail :

Courriel :

Autorisez-vous la communication de votre courriel aux représentants des parents d'élèves ?

Oui

Non

Représentant légal 2 :

Père

Mère

Tuteur/trice

NOM et Prénom :

Adresse :

N° domicile : N° portable : N° travail :

Profession - Employeur et lieu de travail :

Courriel :

Autorisez-vous la communication de votre courriel aux représentants des parents d'élèves ?

Oui

Non

Votre enfant habite :

Au domicile de ses parents

Au domicile de son père

Au domicile de sa mère

En garde alternée*/**

Préciser :

Autre **

Préciser :

* Demander un 2^{ème} dossier si besoin pour l'autre parent

** Joindre copie justificatif de l'autorité parentale

Votre enfant est-il autorisé(e) à rentrer seul(e) : (à partir du CP)



Oui

Non



Si « non », si l'enfant est seul à 16h30, il sera dirigé vers l'accueil périscolaire du soir avec facturation. Si vous vous y opposez, merci de cocher ici

Quel est le régime alimentaire de votre enfant :

Classique

Sans porc

Frères et sœurs de l'enfant

| NOM | Prénom | Date de naissance |
|-------|--------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

NOM, prénom du médecin traitant : N° téléphone :

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DERNIER RAPPEL |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Diphtérie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| OU DT Polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| OU Tetracoq | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres (préciser) : | | | |

| VACCINS RECOMMANDÉS | DATES DERNIER RAPPEL |
|---|----------------------|
| Hépatite B | |
| Rubéole – Oreillons -Rougeole | |
| Coqueluche | |
| Autre : | |
| Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication. | |

Votre enfant porte-t-il(elle) :

Des lunettes des lentilles des prothèses auditives des prothèses dentaires autres :

Doit-il(elle) les porter :
 ▪ à la récréation : ▪ à l'accueil périscolaire en intérieur :
 ▪ à la cantine (intérieur) : ▪ à l'accueil périscolaire en extérieur :

Votre enfant nécessite-t-il(elle) un Projet d'Accueil Personnalisé :

Oui Non

Si un PAI doit être réalisé ou renouvelé (notamment avant son accueil à la restauration scolaire s'il s'agit d'une allergie alimentaire), la demande doit être formulée auprès de la directrice de l'école qui enclenche la procédure en lien avec le Centre Médico-Scolaire des Mureaux et la mairie le cas échéant.

▪ Coordonnés du praticien afin de mettre en place avec le médecin scolaire le PAI :

▪ S'agit-il d'une allergie : Asthme Médicamenteuse* Alimentaire* Non

* merci de préciser :

▪ Existe-t-il une contre-indication à la pratique du sport : Non Oui pourquoi :

Commentaires, recommandations :

Allergies hors PAI, suivi extérieur (orthophoniste, psychologue, autre...), ...

Personnes à contacter :

(autres que les responsables légaux précédemment mentionnés)

| | | |
|---|---------------------|--|
| NOM : | Prénom : | |
| Lien avec l'enfant * : | | |
| N° domicile : | N° portable : | N° travail : |
| ▪ À contacter pour vous prévenir : <input type="checkbox"/> | | ▪ Autorisé(e) à venir chercher l'enfant** <input type="checkbox"/> |

Personnes à contacter (suite) :

(autres que les responsables légaux précédemment mentionnés)

| | |
|---|--|
| NOM : | Prénom : |
| Lien avec l'enfant * : | |
| N° domicile : | N° portable : N° travail : |
| ▪ À contacter pour vous prévenir : <input type="checkbox"/> | ▪ Autorisé(e) à venir chercher l'enfant** <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| NOM : | Prénom : |
| Lien avec l'enfant * : | |
| N° domicile : | N° portable : N° travail : |
| ▪ À contacter pour vous prévenir : <input type="checkbox"/> | ▪ Autorisé(e) à venir chercher l'enfant** <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| NOM : | Prénom : |
| Lien avec l'enfant * : | |
| N° domicile : | N° portable : N° travail : |
| ▪ À contacter pour vous prévenir : <input type="checkbox"/> | ▪ Autorisé(e) à venir chercher l'enfant** <input type="checkbox"/> |

* Beau-père/belle-mère - Frère/sœur - Oncle/tante - Grand-parent - Ami(e) - Voisin(e) - Éducateur(trice) - Assistant(e) familial(e) - Garde d'enfant...

** Ces personnes devront se munir d'une preuve d'identité avec photo, sans quoi l'enfant ne pourra quitter l'accueil périscolaire.

| | |
|---|-------------------------|
| Autorisation d'intervention chirurgicale | Le : 2024 |
| <p>Nous soussignés, M. et/ou Mme</p> <p>agissant en qualité de Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur(trice) <input type="checkbox"/></p> <p>de l'enfant</p> <p>autorisons les enseignants(tes) de l'école « Les 3 Tilleuls » et les animateurs(trices) des services périscolaires, en cas d'accident ou de maladie aiguë à évolution rapide et lorsque l'on ne peut nous joindre, à faire appel aux pompiers et/ou au SAMU qui prendront toutes les mesures d'urgence qui s'imposent, y compris l'anesthésie de notre enfant au cas où il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.</p> | <p><u>Signature</u></p> |

| | |
|--|-------------------------|
| Autorisation concernant le droit à l'image | Le : 2024 |
| <p>Nous soussignés, M. et/ou Mme</p> <p>agissant en qualité de Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur(trice) <input type="checkbox"/></p> <p>autorisons les animateurs(trices) à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités pour diffusion dans le Flash municipal, le site internet de la Mairie ou de l'UFCV, brochures, vidéo, blog famille...</p> <p>(Le droit à l'image pour les activités scolaires vous sera demandé par l'école)</p> | <p><u>Signature</u></p> |

Mentions légales : Toutes les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement déclaré auprès du Délégué à la Protection des Données de la ville de La Falaise. Conformément aux dispositions du RGPD (UE) 2016/679 du 27/04/2016 et de la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée le 20/06/2018 ainsi qu'aux modalités d'exercice de vos droits (Rectification, Suppression, Limitation, Opposition), vous pouvez exercer ceux-ci en contactant le Délégué à la Protection des Données de la ville de La Falaise par courrier en mairie ou par courriel à mairie@la-falaise.fr. Si vous estimez, après avoir contacté le Délégué à la Protection des Données que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL.

NOM et prénom de l'enfant :

Fréquentation 1^{ère} semaine

| | Accueil matin (7h – 8h20) | Accueil midi (cantine) (11h30 – 13h20) | Accueil du soir (16h30 – 19h) |
|---------------------------|------------------------------|---|----------------------------------|
| Lundi 2 septembre 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mardi 3 septembre 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeudi 5 septembre 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vendredi 6 septembre 2024 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fréquentation régulière à compter du lundi 9 septembre 2024

| Accueil matin (7h – 8h20) | Accueil du midi (cantine) (11h30 – 13h20) | Accueil du soir (16h30 – 19h) |
|--|--|--|
| Tous les jours <input type="checkbox"/> | Tous les jours <input type="checkbox"/> | Tous les jours <input type="checkbox"/> |
| OU | OU | OU |
| Lundi <input type="checkbox"/> | Lundi <input type="checkbox"/> | Lundi <input type="checkbox"/> |
| Mardi <input type="checkbox"/> | Mardi <input type="checkbox"/> | Mardi <input type="checkbox"/> |
| Jeudi <input type="checkbox"/> | Jeudi <input type="checkbox"/> | Jeudi <input type="checkbox"/> |
| Vendredi <input type="checkbox"/> | Vendredi <input type="checkbox"/> | Vendredi <input type="checkbox"/> |
| Occasionnellement <input type="checkbox"/> | Occasionnellement <input type="checkbox"/> | Occasionnellement <input type="checkbox"/> |

Facturation (à chaque période de vacances scolaires)

A qui doit être adressée la facture ? Père Mère Autre :

Cocher votre choix :

- Envoi postal de la facture papier
 Dématérialisation de la facture – Dépôt sur le Portail Citoyen – **PAR DÉFAUT**

↳ Courriel à utiliser pour la notification du dépôt :

Approbation des règlements intérieurs

« Cantine scolaire (Accueil périscolaire méridien) » - « Accueil périscolaire »

Jointes au dossier d'inscription ou téléchargeables sur www.la-falaise.fr, nous vous conseillons vivement de conserver les règlements intérieurs qui précisent les modalités de fonctionnement des services.

M. et/ou Mme

- reconnais(sent) avoir pris connaissance des règlements intérieurs et des conditions de fonctionnement des services périscolaires
- et s'engage(nt) à s'y conformer et à le faire respecter par leur(s) enfant(s).

À La Falaise, le 2024

Signature du ou des parents