

**Fiche de Renseignements  
École Joseph DESSAIX**



	ENFANT 1 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ENFANT 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ENFANT 3 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
Niveau Scolaire Année 2025-2026			

**REPRÉSENTANT 1**

Nom :  
 Nom de naissance :  
 Prénom :  
 Adresse :

Téléphone domicile :  
 Téléphone portable :  
 E-mail :  
 Téléphone professionnel :  
 Profession :  
 Employeur :  
 Autorité parentale :  OUI  NON

**REPRÉSENTANT 2**

Nom :  
 Nom de naissance :  
 Prénom :  
 Adresse :

Téléphone domicile :  
 Téléphone portable :  
 E-mail :  
 Téléphone professionnel :  
 Profession :  
 Employeur :  
 Autorité parentale :  OUI  NON

**Situation familiale :**  Célibataire  Concubinage  Mariés  Divorcés  Veuf.ve  Séparés

**AUTORISATIONS :**

École : prise de photos / vidéos / publications d'articles / photo de classe  oui  non

Périscolaire : Prises de photos / vidéos / publications d'articles  oui  non

Autorise les responsables à prendre les mesures utiles si mon enfant doit recevoir des soins  oui  non

**Personnes autorisées à récupérer mon enfant et à appeler en cas d'urgence :**

NOM – Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ÉCOLE J. DESSAIX

	ENFANT 1 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ENFANT 2 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ENFANT 3 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom			
Prénom			
Repas (1 choix)	<input type="checkbox"/> Menu standard <input type="checkbox"/> Menu sans porc <input type="checkbox"/> Menu PAI	<input type="checkbox"/> Menu standard <input type="checkbox"/> Menu sans porc <input type="checkbox"/> Menu PAI	<input type="checkbox"/> Menu standard <input type="checkbox"/> Menu sans porc <input type="checkbox"/> Menu PAI
Problèmes de santé ? Si oui, précisez lesquels.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :
Médecin de famille	Nom : Adresse/Téléphone :	Nom : Adresse/Téléphone :	Nom : Adresse/Téléphone :
Si PAI, date de mise en place			

Pour les PAI avec médicaments, fournir une trousse nominative aux services périscolaires (*médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice*).

Le responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**ASSURANCE SCOLAIRE :**

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro référence contrat : \_\_\_\_\_

Si parents divorcés :  DOSSIER PÈRE       DOSSIER MÈRE

Date :     /     /

Signature du représentant 1

Signature du représentant 2



## LIEU DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT

À remplir uniquement en cas de résidence alternée ou de séparation, sans ou en attente de jugement fixant la résidence habituelle de l'enfant.

### ATTESTATION DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT

Je soussigné.e :

Atteste sur l'honneur que l'adresse de référence pour la scolarité de notre enfant est celle située au :

N° : Voie :

CP : Ville :

Je reconnais avoir bien pris connaissance que cette adresse sera prise en compte pour l'inscription périscolaire et extrascolaire, et des conséquences pénales possibles en cas de fausses déclarations (Art. 441-7 du Code Pénal).

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

À Allinges, le / /

Signatures :

## Mentions légales

À REMPLIR PAR TOUS

### Informations relatives à l'utilisation des données à caractère personnel (RGPD)

Les informations recueillies obligatoires dans le présent dossier d'inscription périscolaire et extrascolaire feront l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions. Peuvent être destinataires des données dans la limite de leurs attributions respectives, le maire, les élus ayant reçu une délégation en ce sens et les agents communaux en charge des affaires périscolaires et extrascolaires, les directeurs d'établissement scolaire pour ce qui concerne les élèves affectés dans leur établissement, mais également le cadre institutionnel qui les entourent (IEN, DASEN, Médecin scolaire...)

**Durée de la conservation des données :** elle ne pourra excéder la période de scolarisation de l'élève dans une école de la commune.

**Droits de la personne et consentement :** conformément à la loi « *Informatique et libertés* » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, ainsi qu'un droit d'opposition. Le consentement exprès lié aux conditions d'usage des informations à l'inscription péri et extrascolaire pourra être retiré à tout moment.

- Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD ci-dessous et donner mon consentement.
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du service périscolaire (consultable sur le site de la mairie d'Allinges).
- Nous certifions l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à Allinges, le / /

Signatures :