

## **BULLETIN D'INSCRIPTION AU SERVICE ENFANCE JEUNESSE**

Vos données seront traitées par le service enfance jeunesse de la mairie de Moutiers-Les-Mauxfaits dans le cadre de la gestion de l'inscription de votre ou (vos) enfant(s) aux différents services mis en place par le service enfance jeunesse et de la facturation associées.

Elles seront conservées une année par le service puis archivées pendant 10 ans.

Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'accès, rectification, suppression, opposition et limitation au traitement des données vous concernant en vous adressant directement au service enfance jeunesse de la mairie de Moutiers-Les-Mauxfaits.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL)

J'accepte :

### **RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LES ENFANT(S)**

Nom de l'enfant : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Age : -----

Ecole : ----- Classe : -----

Nom de l'enfant : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Age : -----

Ecole : ----- Classe : -----

Nom de l'enfant : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Age : -----

Ecole : ----- Classe : -----

Nom de l'enfant : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Age : -----

Ecole : ----- Classe : -----

### **RENSEIGNEMENTS DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL**

**Nom et prénom du père :** -----

Adresse : -----

-----

N° Tel fixe : ----- N° Tel Portable : -----

Adresse mail : -----

Profession : -----  : -----

Nom et prénom de la mère : -----

Adresse : -----  
-----

N° Tel fixe : ----- N°Tel Portable : -----

Adresse mail : -----

Profession : ----- ☎ : -----

Situation Familiale :

Célibataire  Mariés  Pacsés  Divorcés   
Vie maritale  Veuf / Veuve  Séparés

Divorcés ou séparés : Type de garde :  Alternée  Exclusive Nom : -----

Les factures de l'accueil de loisirs doivent être au nom :

Du père  De la mère  Des deux parents

En cas d'urgence : Autorisez-vous votre ou vos enfant(s) à subir une intervention chirurgicale :

OUI  NON

Autorisez-vous le transport de votre ou vos enfant(s) par la direction au cabinet médical en cas d'accident ne nécessitant pas le déplacement des services d'urgence :

OUI  NON

Nom – adresse et téléphone de votre médecin traitant :  
-----

Certifiez-vous que votre ou vos enfant(s) est (sont) apte(nt) à suivre une pratique sportive :

OUI  NON

Problèmes éventuels de l'enfant (asthme, blessure, etc....) :  
-----

Autorisez-vous la publication de photos de votre ou vos enfant(s) sur les supports de communication municipale (site internet, page Facebook du centre de loisirs et de l'espace jeunes, bulletin municipal) ?

OUI  NON

A quel régime appartient le ou les enfant(s) ?

CAF  MSA  EDF/GDF  SNCF/RATP  Pêche maritime  Autres :

Autorisez-vous le service Enfance Jeunesse à utiliser le logiciel CAF PRO pour consulter votre quotient familial :

OUI  NON  Si oui N° Allocataire : -----

**INFORMATIONS IMPORTANTES A NOUS COMMUNIQUER :**  
-----

**Je certifie sur l'honneur avoir contracté une assurance responsabilité civile pour les activités extra-scolaires de mon enfant (Attestation à joindre).**

Date :

Signature des Parents (ou du représentant légal)  
Le père, La mère,