Antécédents médicaux	Commentaires - Hospitalisation

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom	Prénom	Adresse	Ville	Téléphone	Lien de parenté

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du responsable de la structure.

J'autorise le responsable de la structure à prendre pour mon enfant, toute disposition nécessaire en cas d'urgence, notamment l'hospitalisation si l'état de santé le nécessite, et ce, dans la mesure du possible, dans l'établissement désigné ci-dessus.

Je m'engage en outre à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques qui pourraient être engagés pour les soins à apporter à mon enfant.

Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la structure (restauration scolaire et extra-garderie/garderie ordinaire) et je m'engage à les respecter en tout point.

Je joins à cette fiche de renseignements dûment complétée et signée :

- ✓ L'attestation d'assurance de responsabilité civile,
- ✓ L'attestation CAF pour le calcul du quotient familial, à défaut, l'avis d'imposition ou de non imposition 2026 sur les revenus 2025,
- ✓ La copie des vaccinations à jour de l'enfant,
- ✓ Un certificat médical d'aptitude aux activités physiques et sportives **uniquement pour les accueils collectifs de mineurs, à défaut, une attestation autorisant la pratique du sport**

Fait à : Le :

« Lu et approuvé »

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal.

Les informations collectées dans le cadre de l'inscription de votre enfant aux activités périscolaires et extra-scolaires font l'objet d'un traitement dont le responsable est Monsieur le Maire de Marquette-en-Ostrevant. Ces données sont collectées par les services de la mairie de Marquette-en-Ostrevant. Elles sont recueillies sur la base du consentement qui peut être retiré à tout moment par l'envoi d'un courriel au secrétariat de la mairie à mair.marq@orange.fr.Les données collectées sont conservées tant que la personne ne retire pas son consentement. En fonction de leurs besoins respectifs, les destinataires des données sont les services et agents de la mairie de Marquette-en-Ostrevant en charge d'assurer la communication, et les prestataires susceptibles de traiter les données pour le compte de la mairie. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits suivants sur ses données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité, droit de retirer votre consentement. Pour exercer ses droits, adressez-vous au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : rgpd@cdg59.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : A l'attention du Délégué à la Protection des Données, 14 rue Jeanne Maillotte 59013 LILLE CEDEX. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL via www.cnil.fr

MARQUETTE EN OSTREVANT

ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027
ET/OU ACM 2027

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A compléter et à remettre OBLIGATOIREMENT à Mélanie LEFEBVRE, coordinatrice périscolaire, avant toute présence dans les accueils périscolaires (restauration, garderie et accueil collectif de mineurs)

Enfant

Nom et Prénom :

Né (e) le : _ _/_ _/_ _ _ _ à

Classe de :

(Ne pas compléter pour les inscriptions aux ACM)

N° sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Allocation Éducation Enfant Handicapé : ☐ Oui ☐ Non

Famille

M. et/ou Mme :

Adresse :

Téléphone fixe :
Téléphone mobile :
Email **OBLIGATOIRE** :

Régime : CAF / MSA / Autres

Situation familiale :

Nombre total d'enfants :

Assurance :

Nombre d'enfants à charge :

N° de police :

Fiche du Père de l'enfant :	Fiche de la Mère de l'enfant :
Nom : Prénom : Né le : _ _/_ _/_ _ _ _ à Téléphone 1 : Téléphone 2 : Mobile : Email : N° sécurité sociale : N° allocataire : Profession : Société : Tél professionnel : Autorité parentale : oui / non	Nom : Prénom : Né le : _ _/_ _/_ _ _ _ à Téléphone 1 : Téléphone 2 : Mobile : Email : N° sécurité sociale : N° allocataire : Profession : Société : Tél professionnel : Autorité parentale : oui / non

Autorisations		Commentaires
Départ seul	Oui / Non	
Prise d'images	Oui / Non	
Diffusion d'images	Oui / Non	
Transport collectif (uniquement pour les ACM)	Oui / Non	

Médecin	Spécialité	Adresse	Ville	Téléphone

Régime alimentaire	Commentaires

Allergie (s)	Commentaires
Alimentaires	
Asthme	
Médicamenteuses	
Autres	

Vaccins	Dernière vaccination	Prochaine vaccination
BCG		
Coqueluche		
Diphtérie		
DT Polio		
Hépatite B		
Poliomyélite		
ROR		
Tétanos		
Tétra coq		
Covid		

Médicament (s)	Début	Fin	Commentaires
	_ _/_ _/_ _ _ _	_ _/_ _/_ _ _ _	
	_ _/_ _/_ _ _ _	_ _/_ _/_ _ _ _	
	_ _/_ _/_ _ _ _	_ _/_ _/_ _ _ _	

Maladie(s)	Oui	Non	Commentaires
Angine			
Coqueluche			
Oreillons			
Otite			
Rhumatisme articulaire aigu			
Rougeole			
Rubéole			
Scarlatine			
Varicelle			

Notes médicales :

Autorisation d'hospitalisation : ☐ Reconnaissance MDPH : ☐

Établissement hospitalier :

Traitement contre la Pédiculose : ☐ PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ☐