



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire/ périscolaire

ALAE/ Ecole Commune de BRUGUIERES

Pour les nouveaux arrivants et les petites sections, l'inscription se fait en mairie sur RDV avec le dossier complet.

ELEVE :

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Ville de naissance : _____ (dépt : ____)

Nationalité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

**PHOTO
récente
obligatoire**

PARENT A : (Père/Mère/Tuteur – rayer les mentions inutiles)

Civilité : Monsieur Madame

Autorité parentale O/N

Nom d'usage : _____ Prénom : _____
(Nom de jeune fille : _____)

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Ville de naissance : _____ (dépt : ____)

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____ Catégorie Socio-Professionnelle : _____ (Voir annexe 1)

N° de tél : (fixe) _____ (portable) _____ (travail) _____

Courriel : _____

Veuillez cocher le mail qui recevra prioritairement les informations Enfance, Jeunesse et Régie.

J'accepte de communiquer mon adresse postale et courriel aux associations de parents d'élèves oui non.

PARENT B : (Père/Mère/Tuteur – rayer les mentions inutiles)

Civilité : Monsieur Madame

Autorité parentale O/N

Nom d'usage : _____ Prénom : _____
(Nom de jeune fille : _____)

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Ville de naissance : _____ (dépt : ____)

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____ Catégorie Socio-Professionnelle : _____ (Voir annexe 1)

N° de tél : (fixe) _____ (portable) _____ (travail) _____

Courriel : _____

Veuillez cocher le mail qui recevra prioritairement les informations Enfance, Jeunesse et Régie.

J'accepte de communiquer mon adresse postale et courriel aux associations de parents d'élèves oui non.

SITUATION FAMILIALE : (Le cas échéant, fournir le jugement)

mariés, vie maritale célibataire divorcés, séparés veuf (ve) garde alternée

Situation particulière : _____

SANTE :

Médecin de famille : _____ Téléphone : _____

Votre enfant porte-t-il des **lunettes** : oui non Si oui, doit-il les porter à l'extérieur ? oui non

L'enfant est-il en situation de handicap ? : oui non

L'enfant bénéficie-t-il de l'allocation d'Education de l'enfant handicapé (AEEH) ? : oui non

Prise en charge (orthophonie, psychomotricité, psychologue, orthoptie ou autre) : _____

Votre enfant doit-il bénéficier d'un **PAI** (indispensable si une prise de médicaments doit se faire sur l'école, comme pour des allergies, de l'asthme, des maladies chroniques par exemple) ? oui non

Observations (médicales ou autres) : _____

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : avec viande sans viande

FRERES ET SCEURS :

| Nom | Prénom | Date de naissance | Classe éventuelle |
|-----|--------|-------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (en plus des représentants légaux) **OU AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT A LA SORTIE DE L'ECOLE** (même occasionnellement)

| NOM | Prénom | Qualité | Téléphone | A appeler en cas d'urgence | Autorisé(e) à récupérer l'enfant |
|-----|--------|---------|-----------|---|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

En cas de modification, veuillez envoyer un mail aux directeurs/ trices des structures concernées.

AUTORISATIONS : Je soussigné(e), _____, responsable de l'enfant _____,

| Autorise | N'autorise pas | |
|----------|----------------|--|
| | | Le service ALAE, dans le cadre des activités extrascolaires, à photographier ou filmer mon enfant et à diffuser son image sur tous les supports d'information et de communication imprimés ou numériques édités par la mairie. |
| | | Dès lors que mon enfant est inscrit à un accueil de loisirs, à participer dans le cadre de celui-ci aux sorties programmées et organisées par les structures. |
| | | Le transfert à l'hôpital par un service d'urgence pour que puisse être pratiqué, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur mon enfant. |
| | | Mon enfant à manger les plats cuisinés et préparés en classe dans le respect des allergies signalées. |
| | | Pour les enfants scolarisés en école élémentaire (du CP au CM2) : Mon enfant à partir seul de l'école : pour la pause méridienne ET après la sortie des classes. |

SIGNATURES : (S'il y a une modification, merci de la faire en vert sur la feuille).

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler dans les plus brefs délais tout changement relatif de situation auprès de la direction de l'école ainsi que la direction des accueils de loisirs et de la Régie.

Chaque année, la famille devra fournir un justificatif de domicile et un justificatif de revenus (attestation du quotient familial de la CAF ou les impôts) à la régie.

| | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indiquez la classe | 26/27 | 27/28 | 28/29 | 29/30 |
| Signez là → si aucun changement | | | | |
| Signez là si des modifications ont été apportées. → | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indiquez la classe | 30/31 | 31/32 | 32/33 | 33/34 | 34/35 |
| Signez là → si aucun changement | | | | | |
| Signez là si des modifications ont été apportées. → | | | | | |

Les informations mentionnées dans les formulaires sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion des structures scolaires, extrascolaires et petite enfance.

Les destinataires des données sont les services municipaux de la Mairie de Bruguières, la CAF de la Haute-Garonne, la MSA Toulouse, le Trésor Public, l'Académie de Toulouse, le Conseil Départemental de la Haute-Garonne et tout autre organisme uniquement à la demande de l'intéressé. Les durées de conservation de ces données à caractère personnel respectent les normes réglementaires applicables. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données, le droit d'opposition au traitement ou d'obtenir la limitation des traitements et de la portabilité de vos données personnelles, ainsi que de droits relatifs aux informations d'une personne décédée. Pour exercer ces droits, vous devez adresser votre demande : Par adresse postale à la Mairie de Bruguières – Place de la République 31150 BRUGUIERES. Vous pouvez à tout moment, porter réclamation devant l'autorité de contrôle compétente, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), sur le site internet : www.cnil.fr