



N° Famille :

Date de réception du dossier :

	Père ou Tuteur légal	Mère ou Tutrice légale
Nom		
Prénom		
Adresse		
Ville		
☎ Fixe		
☎ Portable		
Courriel /E-mail		

Régime Allocataire :  Caf de l'Ain     MSA ou autre    N° Allocataire : \_\_\_\_\_  
 Attestation de Quotient Familial    QF : \_\_\_\_\_

Restauration Scolaire :  Certificat d'activité (pièce administrative obligatoire)

Centre de Loisirs Associé à l'Ecole Simone Veil (CLAE)    Attestation d'Aide aux Temps libres (CAF) :  Oui     Non

Personnes autorisées à venir chercher le ou les enfant(s) :				
Nom	Prénom	Lien de Parenté	☎ Portable	☎ Fixe

**Données personnelles :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Ville d'Oyonnax pour assurer la gestion de l'ensemble de ses activités « Enfance/Jeunesse ».

Ces données sont nécessaires pour l'exécution du contrat que vous sollicitez par ce formulaire par lequel nous vous fournissons les services suivants : restauration scolaire, accueils périscolaires et centre de loisirs Simone Veil. Elles sont conservées 1 an après le départ de l'enfant de toutes les activités concernées et sont destinées à un traitement interne aux services de la ville d'Oyonnax ainsi qu'aux personnels de l'éducation nationale en charge de vos enfants.

En aucun cas vos données ne sont communiquées à des tiers, à des fins de prospection ou de démarchage commercial.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée ainsi qu'au règlement général européen (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez des droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et de suppression sur les données personnelles vous concernant en contactant :

Mairie d'Oyonnax – M. le délégué à la protection des données - 126 rue Anatole France - 01100 Oyonnax

	1 <sup>er</sup> Enfant	2 <sup>ème</sup> Enfant	3 <sup>ème</sup> Enfant
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Sexe	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Nom de l'École			
Classe ou Niveau			

	Habitudes alimentaires					
L'enfant a-t-il une habitude alimentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Sans Porc	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Sans Porc	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Sans Porc	<input type="checkbox"/> Autres
L'enfant souffre-t-il d'une allergie alimentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui,	<input type="checkbox"/> PAI obligatoire		<input type="checkbox"/> PAI obligatoire		<input type="checkbox"/> PAI obligatoire	

	Données Sanitaires					
L'enfant suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lequel ?						
Ce traitement fait-il l'objet d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	(Si oui, transmission obligatoire)		(Si oui, transmission obligatoire)		(Si oui, transmission obligatoire)	

Autorisation de sortie Seul(e)						
Cette autorisation n'est proposée qu'aux enfants des écoles élémentaires						
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

	Pièces administratives					
<b>Périscolaire</b>						
Carnet de santé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>CLAE</b>						
Carnet de santé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Attestation d'assurance extrascolaire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Droit à l'Image						
J'autorise la Mairie à publier et utiliser les photographies sur lesquelles figure mon enfant fréquentant le service de restauration scolaire et les accueils périscolaires et extrascolaires qui seraient prises dans le cadre des activités. Celles-ci pourraient être reproduites par la Mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (internet, supports municipaux ou tout autre support de presse) sans que cela n'occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.						
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

### Attestation sur l'Honneur

Je soussigné(e) ..... représentant légal des enfants :

Atteste par la présente être le titulaire de la responsabilité parentale à l'égard de mon (mes) enfant(s) dont les données figurent sur le présent formulaire, et atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la mairie de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...),

Reconnais également avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer,

Autorise les responsables de la mairie à prendre en cas d'urgence les dispositions jugées indispensables pour la santé de mon (mes) enfant(s), y compris le(s) faire transporter à l'hôpital le plus proche,

Accepte que les données de mon (mes) enfant(s) renseignées sur le présent formulaire fassent l'objet d'un traitement dans les conditions définies au recto. Je suis informé qu'en cas d'opposition de ma part ou de retrait de l'autorisation de traiter ces données, cela entraîne l'impossibilité pour la Ville d'Oyonnax de fournir le service « Enfance / Jeunesse » souhaité à mon (mes) enfant(s) et entraîne la fin immédiate de la prestation.

Fait à :	Le :	Signature :
----------	------	-------------

Cases à cocher