



VILLE D'ALBERTVILLE  
12, COURS DE L'HÔTEL DE VILLE - BP 104  
73207 ALBERTVILLE CEDEX  
TÉL. +33 (0)4 79 10 43 00  
FAX. +33(0)4 79 10 43 09

# FICHE D'INSCRIPTION PASS ENFANCE JEUNESSE 2020-2021

PASS N° : .....

VALIDE DU 06/07/20 AU 05/07/2021

## L'ENFANT / LE JEUNE :

<b>NOM</b>		<b>PRENOM</b>	
Sexe		Date de naissance	
Assurance		N° contrat ou police	
Établissement Scolaire		Quotient Familial	

## REPRÉSENTANTS LÉGAUX/AUTRE TIERS RESPONSABLE DE L'ENFANT/DU JEUNE\* :

N° Dossier Famille ..... ( <i>interne au Guichet Unique</i> )			
	<b>MERE</b>	<b>PERE</b>	<b>AUTRE TIERS RESPONSABLE</b>
NOM Prénom (Préciser la qualité du tiers)			
Adresse			
Exerce l'autorité parentale sur l'enfant			
☎ portable et domicile			
☎ travail			
Email			

Situation matrimoniale des parents :  Mariés  Pacsés  Concubins  Célibataires   
Veuf(ve)  Divorcés  Séparés

\*La famille/le tiers devra fournir tout document ou jugement dès lors qu'il existe des modalités légales particulières que le service doit connaître (dispositions spéciales de garde ou de remise de l'enfant, non exercice de l'autorité parentale...).

## LES RESPONSABLES AUTORISENT :

- l'enfant à rentrer seul jusqu'au domicile à l'issue des activités ou du transport par car.
- la diffusion de l'image de l'enfant sur des documents d'information municipale.
- le service à leur envoyer des informations par SMS.
- le responsable de l'accueil, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- en cas de séparation ou de divorce, le père M. .... ou la mère Mme. .... de l'enfant ci-dessus à l'inscrire également aux activités péri et extra scolaires ou à venir le récupérer à l'école ou à la sortie des activités.

**TOURNEZ LA PAGE** ➔

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Date de prochain rappel DT polio : ..... Allergies alimentaires : .....  
..... Nécessite un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : Autre allergie : .....  
.....  
 Repas sans viande

**PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE SI LES PARENTS NE SONT PAS JOIGNABLES :**

(Préciser les noms, prénoms et téléphone)

.....  
.....  
.....

**PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT :**(Préciser les noms, prénoms et téléphone)

.....  
.....  
.....

**AUTORISATIONS :**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant : ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur des différents dispositifs.

Conformément à la législation relative à la protection des données personnelles, vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification, de retrait de votre consentement et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant à la Mairie d'Albertville par courrier ou par courriel à l'adresse [dpo@albertville.fr](mailto:dpo@albertville.fr) et ce, en justifiant de votre identité.

Si vous souhaitez en savoir plus, la politique de confidentialité sur les données personnelles de la Mairie d'Albertville est disponible sur simple demande.

**Date : ..... / ..... / ..... Signature (obligatoire) :**