



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 2023-2024

VALIDE DU 09/07/23 AU 06/07/2024

L'ENFANT / LE JEUNE :

NOM		PRENOM	
Sexe		Date de naissance	
Assurance		N° contrat ou police (Présenter justificatif)	
Établissement Scolaire		Quotient Familial (Présenter justificatif)	

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

	MERE	PERE	AUTRE TIERS RESPONSABLE
NOM Prénom			
Adresse			
☎ portable			
☎ domicile			
☎ travail			
Email			
Autorité parentale (*):fournir le jugement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	

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

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.
- souhaite la création d'un compte portail famille.

TOURNEZ LA PAGE ➔

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Date du dernier rappel DT polio (Présenter le carnet de santé):
.....

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)

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

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT :(Préciser les noms, prénoms numéro de téléphone et lien de parenté avec l'enfant)

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

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.

Date : /...../.....

Signature (obligatoire) :

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 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.