



Fiche Famille 2026-2027

Accueil périscolaire et Restaurant scolaire Ecole publique Les Guernovelles



Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Ecole : Classe :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Tél. Professionnel :				
Courriel :				

Garde alternée : Oui Non

Si oui, création de 2 comptes pour la facturation? : Oui Non

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

→ REGIME ALLOCATIONS FAMILIALES

N° Allocataire C.A.F. :

C.A.F. d'appartenance : CAF de la Vendée MSA Autre C.A.F.

Quotient familial :

Pour le service accueil périscolaire, la facturation se faisant selon le quotient familial, merci de joindre un **justificatif de quotient familial** pour les familles dont le quotient est inférieur à 700. (En l'absence de justificatif, le tarif le plus important sera appliqué).

→ AUTORISATIONS

Autorisations	OUI	NON
Quitter seul l'accueil périscolaire pour aller au cirque (Pour les enfants de l'école publique)		
Quitter l'accueil périscolaire avec un membre de l'association cirque Fabigan (Pour les en		
Autorisation de photographier l'enfant pour le restaurant scolaire		
Partir seul du périscolaire le soir (pour les enfants de l'école publique)		

→ PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

→ **VACCINATIONS** (Se référer au carnet de santé) **JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE SANTE**

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DT Polio					
Diphthérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Hépatite B					
R-O-R					
Coqueluche					
Méningocoque C					
Pneumocoque					
Haémophilus influenza B					

En cas de contre-indication à la vaccination, merci de joindre un certificat médical.

Médecin traitant Nom : **Téléphone**

Adresse :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cours ?

Allergies connues :

Asthme : Oui Non

Antécédents médicaux :

- J'ai pris connaissance des règlements (à conserver) de l'accueil périscolaire et du restaurant scolaire et je les accepte.
- J'ai dûment complété les informations médicales, utile en cas d'urgence.

Traitement de vos données personnelles :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Commune de SAINT-GERVAIS pour les services accueil périscolaire et restauration scolaire.

Elles sont conservées pendant une durée de 10 ans et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées de la direction. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de portabilité aux données vous concernant, les faire rectifier, les faire supprimer en contactant de préférence par voie électronique à periscolaire@saintgervais-vendee.fr ou par voie postale en écrivant à Maire de Saint-Gervais 66 rue du Villebon 85230 Saint-Gervais.

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour le service de la restauration scolaire et le service accueil périscolaire.

En signant la présente fiche d'inscription, vous consentez aux traitements effectués dans ce cadre.

Fait à : , le

Signature :