



**RESPONSABLE LÉGAL 1 (RL1)**



**RESPONSABLE LÉGAL 2 (RL2)**

En cas de séparation, joindre le jugement de divorce

NOM .....

Prénom .....

Situation familiale .....

Adresse .....

CP - Ville .....



.....



.....

@ .....

Profession .....

Je soussigné(e) : .....

Responsable légal(e) de l'enfant : .....

- Reconnais avoir pris connaissance des informations liées aux activités périscolaires et en accepter les règles (accessibles sur le site de la ville, rubrique Enfance et Vie Scolaire)
- Déclare autoriser la direction de l'accueil et du centre de loisirs à prendre toute mesure d'urgence en cas d'accident et les autorités médicales à pratiquer les soins et interventions chirurgicales nécessaires.
- Accepte de recevoir par mail des informations du service Enfance et Vie Scolaire : .....  oui  non
- Autorise à titre gracieux, l'utilisation des images réalisées par la municipalité de mon enfant mineur pour tous les supports de communication édités par la ville de Choisy-le-Roi (site internet, journal municipal, etc.) : .....  oui  non
- Accepte de ne plus recevoir de facture papier : .....  oui  non
- Accepte de mettre en place le prélèvement automatique .....  oui  non

Autre(s) personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant (*munie(s) d'une pièce d'identité*) :

.....

Je décharge donc la collectivité de toute responsabilité après remise de mon enfant à l'une des personnes indiquées ci-dessus.

## Inscription de l'enfant aux activités suivantes :

ACTIVITÉS	RESTAURATION	CENTRE DE LOISIRS	ACCUEIL MATERNEL		ACCUEIL ÉLÉMENTAIRE		ÉTUDE 16h30-18h du CP au CM2
			Matin	Soir	Matin	Soir	
TYPE DE FACTURATION MENSUELLE	UNITAIRE selon les présences	UNITAIRE selon les jours réservés sur le Portail	FORFAITS MENSUELS (+ 7 présences) ou OCCASIONNELS (1 à 6 présences) facturés selon les présences				UNITAIRE selon les présences
<i>Cocher les activités choisies</i>							

## Régime alimentaire :

SANS PORC \*

SANS VIANDE

\* Mon enfant ne mange pas de porc mais mange toutes les autres viandes

Contre-indications médicales ou allergies (*fournir le PAI et un certificat médical*) : .....

.....

.....



**ENFANT**

NOM .....

Prénom .....

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

École fréquentée à la rentrée :

.....

Classe : .....

.....

Qui prévenir en cas d'urgence ?

NOM .....



.....

## L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Coqueluche	Oreillons	Rhumatisme articulaire	Rougeole	Rubéole	Scarlatine	Varicelle
OUI							

## Indiquer les dates des vaccins suivants pour les enfants nés **après 2018**

VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS APRÈS 2018	Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite	Coqueluche	Haemophilus influenzae de type b (HIB)	Hépatite B	Pneumocoque	Méningocoque C	Rougeole - Oreillons - Rubéole
Date des vaccins							

## Indiquer les dates des vaccins suivants pour les enfants nés **avant 2018**

VACCINS OBLIGATOIRES POUR LES ENFANTS NÉS AVANT 2018	Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite
Date du dernier rappel	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## FICHE FAMILIALE PASAM (Quotient familial)

Cas n°1 > Allocataire CAF 94 : N° .....

Cas n°2 > NON Allocataire ou Enfant en garde alternée : Transmettre copie complète de l'avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022.

Dans tous les cas : Transmettre un justificatif de domicile. Si hébergé : Transmettre une attestation d'hébergement et pièce d'identité de l'hébergeant.

**SANS RETOUR DE VOTRE PART, UNE FACTURATION PLEIN TARIF SERA APPLIQUÉE**

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (paiement des factures)

Référence unique du mandat : JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Trésorerie d'Orly (pour le compte du service enfance et vie scolaire de Choisy-Le-Roi) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Trésorerie d'Orly.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 25ZZZ541305

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER	DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
Nom, prénom : .....	Nom : Trésorerie d'ORLY – SGC
Adresse : .....	(pour le compte du service Enfance et Vie Scolaire de Choisy-le-Roi)
Code postal : .....	Adresse : 9 rue Christophe Colomb
Ville : .....	Code postal : 94310
Pays : .....	Ville : ORLY Cedex
	Pays : France

	Responsable légal 1 : « lu et approuvé »	Responsable légal 2 : « lu et approuvé »
Date :		
Signatures :		

Ces renseignements font l'objet d'un traitement informatique destiné à valider les inscriptions périscolaires de votre enfant et mettre en place le prélèvement automatique. Les destinataires des données sont les services municipaux chargés de l'organisation des activités périscolaires. Les réponses à ce questionnaire ont un caractère obligatoire.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 ainsi que du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 25 mai 2018, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. J'accepte que mes données soient utilisées afin de pouvoir avoir un suivi de mon dossier. Elles ne seront utilisées que dans le but pour lesquelles elles ont été collectées, pour une durée de 5 ans. Pour plus d'informations sur mes droits je peux m'adresser au Délégué de la Protection des données à l'adresse suivante : [dpd@choisyleroi.fr](mailto:dpd@choisyleroi.fr)