



Communauté de Communes

Rhône - Vistre - Vidourle

2, avenue de la Fontanisse
30660 GALLARGUES-le-MONTUEUX
Tél. : 04 66 35 55 55 Fax : 04 66 35 42 19
E-mail : contact@ccrvv.com
www.cc-rhony-vistre-vidourle.fr

Gallargues le Montueux, le 13 avril 2021

INFORMATION À L'ATTENTION DES FAMILLES POUR LA PREMIERE INSCRIPTION
NOTICE CONCERNANT LES NOUVEAUX DOSSIERS D'INSCRIPTION POUR TOUS LES ACCUEILS
(Accueils périscolaires, cantine, mercredis et vacances)

Madame, Monsieur, Chers parents,

Vous allez inscrire votre enfant sur les accueils de la Communauté de Communes et nous sommes heureux de vous recevoir dans nos structures.

Soyez assurés que nous mettons tout en œuvre pour que vos enfants soient accueillis dans les meilleures conditions.

Nous vous invitons à vous rapprocher des équipes d'animations qui pourront vous apporter toutes les précisions relatives à l'accueil de vos enfants.

Pour bénéficier de l'accès à nos structures, il est impératif de remplir un dossier d'inscription.

Les dossiers complets doivent impérativement être transmis par email au siège de la CCRVV dès maintenant et avant le premier jour de fréquentation dans nos structures à l'adresse suivante : contact.enfance@ccrvv.fr

Merci de le remplir lisiblement et de bien renseigner les informations demandées.

Il est très important que vous nous communiquiez une adresse email valide pour faciliter notre communication et recevoir les factures « dématérialisées ».

Concernant la **fiche des personnes autorisées à récupérer votre enfant** en cas d'empêchement de votre part, **merci de bien noter à minima le nom d'une personne** autre que les parents avec un numéro de téléphone. **Ces renseignements sont indispensables pour la sécurité de votre enfant**, notamment en cas de circonstances exceptionnelles telles que les alertes météo ou autres procédures d'urgence.

Merci de bien veiller aussi à dater et signer chaque « pavé signature ».

Nous vous informons qu'en parallèle de ces dossiers, vous devrez remplir **les calendriers d'inscription** qui vous seront remis par l'équipe d'animation ou que vous pourrez **télécharger à compter du 10 août 2021** sur le site internet de la Communauté de Communes : www.ccrvv.fr

Ces calendriers seront à remettre directement au responsable de la structure avant le 24 août 2021.

Nous vous remercions de votre collaboration et insistons sur le fait que ces renseignements sont indispensables pour l'accueil en toute sécurité de votre enfant.

Le service Enfance est à votre disposition au **04.66.35.71.16** ou au **04.66.35.74.73** pour toute information complémentaire.



Aigues-Vives



Aubais



Boissières



Codognan



Gallargues le
Montueux



Mus



Nages



Uchaud



Vergèze



Vestric et Candiac

COMPOSITION DU DOSSIER :

- Une **fiche famille** de liaison
- Une **fiche sanitaire** par enfant
- Une **fiche d'autorisations** diverses
- Un **formulaire de consentement** pour le traitement des données personnelles

- De pièces justificatives **obligatoires** à fournir :
 - Attestation **d'assurance** Responsabilité Civile pour l'année 2021/2022
 - À défaut, une attestation d'assurance Scolaire mentionnant les accueils périscolaires et extrascolaires,
 - Copie des **vaccins**,
 - Attestation **CAF** mentionnant votre numéro allocataire et votre dernier Quotient Familial,
 - Justificatif** de **domicile** de moins de trois mois,
 - Copie intégrale du **livret de famille**,
 - Protocole d'Accueil Individuel** (P.A.I.) si nécessaire,
 - Attestation de prise en charge (pour les familles d'accueils ou tout autre prise en charge par organismes sociaux),
 - En cas de paiement CESU : attestation CESU de l'organisme financeur délivrant les tickets, précisant le nom et prénom de l'enfant ainsi que la tranche d'âge concernée.

FICHE SANITAIRE ENFANT ANNÉE SCOLAIRE 2021/2022

A.L.S.H.

ENFANT

NOM* : Prénom* : Sexe* : F M

Date de naissance* :

Ecole (Nom et Commune) :

NIVEAU SCOLAIRE : Maternelle PS Primaire CP Changement d'école – Classe :

NOM DE L'ENSEIGNANT(E) :

Si votre enfant n'est pas scolarisé à temps plein, merci de préciser les jours et les horaires de scolarisation :

.....

Votre enfant est-il suivi par une A.E.S.H. ? : OUI NON

Régime alimentaire de votre enfant : Standard Sans porc Sans viande Panier Repas (P.A.I.)

Recommandations utiles : Difficultés de santé, accident, précautions à prendre, port de lunettes, prothèses auditives/dentaires/autres, etc. :

.....

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

- | | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANGINE | <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OREILLONS | <input type="checkbox"/> OTITE |
| <input type="checkbox"/> RHUMATISME ART. AIGUE | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> RUBÉOLE | <input type="checkbox"/> SCARLATINE |
| <input type="checkbox"/> VARICELLE | <input type="checkbox"/> AUTRES : | | |

Nom et ville du médecin traitant :

Tél. cabinet : Tél. portable :

ALLERGIES ET/OU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE*

PRESENCE D'UN P.A.I. : OUI (P.A.I. à joindre OBLIGATOIREMENT) NON

PRESENCE D'UN PANIER REPAS : OUI (décharge OBLIGATOIRE) NON

ASTHME : OUI (précisez ci-dessous) NON

ALLERGIE(S) MEDICAMENTEUSE(S) : OUI NON

Précisez **la cause de l'allergie alimentaire** et/ou **la cause de l'asthme** (« à l'effort », « allergique », « traitement de fond », etc), et/ou **la cause de l'allergie médicamenteuse** (nom du médicament et symptômes en cas d'ingestion) et **la conduite à tenir** (fournir une ordonnance récente du médecin avec posologie et médicaments correspondants) :

.....

* : Informations obligatoires

TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 « *Informatique et liberté* » modifiée et au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant.

En remettant et en signant le dossier d'inscription de votre enfant, vous acceptez le traitement de vos données ainsi que celles de votre enfant.

Les détails sur le traitement des données personnelles sont à disposition sur notre site www.ccrvv.fr.

ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR*

Je reconnais avoir pris connaissance du Projet Pédagogique de la structure d'accueil de mon enfant, et du règlement de fonctionnement des structures ALSH de la Communauté de Communes (disponibles sur le site internet : www.ccrvv.fr) et **en accepte les clauses.**

À _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents / tuteurs légaux

FACTURATION

Je souhaite recevoir les factures dématérialisées, ce qui annule l'envoi par courrier postal :

OUI

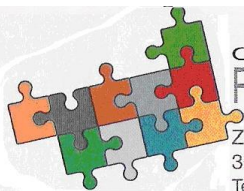
NON

ATTESTATION SUR L'HONNEUR EXACTITUDE DES INFORMATIONS*

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfantdéclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

À _____, le ___/___/_____

Mention « Lu et Approuvé »
Signature des parents / tuteurs légaux



Communauté de Communes
Rhony - Vistre - Vidourle

ZAC Pôle Actif - Avenue de la Fontanisse
30660 GALLARGUES le MONTUEUX
Tél. : 04 66 35 55 55 Fax : 04 66 35 42 19

A.L.S.H. :

FICHE FAMILLE DE LIAISON - ANNÉE SCOLAIRE 2021/2022

Accueils Périscolaires (Restauration Scolaire et Accueils matin/soir)

Accueil de Loisirs (Mercredis et Vacances)

MERCI DE BIEN VOULOIR ECRIRE EN MAJUSCULE ET LISIBLEMENT

COMPOSITION DU FOYER : PERSONNES HABITANT AVEC L'ENFANT

Responsable 1 (NOM, Prénom) :

.....
Responsable légal* : Oui Non

Père Mère Autre :

Date de naissance* :/...../.....

Tél. Dom :

Tél. Portable* :

Tél. Travail :

Profession* :

Lieu de travail :

N° allocataire CAF/MSA* : Mère Père

CAF du Gard Autre CAF : MSA

Adresse email** :@.....

Adresse postale* :
.....

Responsable 2 (NOM, Prénom) :

.....
Responsable légal* : Oui Non

Père Mère Autre :

Date de naissance* :/...../.....

Tél. Dom :

Tél. Portable* :

Tél. Travail :

Profession* :

Lieu de travail :

AUTORISATIONS DE CONSULTATION DU SITE PARTENAIRE CAF (GARD UNIQUEMENT)

Je soussigné.e (mère, père, tuteur) autorise le Service Enfance de la CCRVV à consulter mon dossier allocataire sur le site Partenaire CAF, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières.

À, le/...../.....

Signature du/des parent(s), tuteur légal

Mention « *Lu et approuvé* »

* : Informations obligatoires

** : Accès au Portail Familles

ENFANT(S)*

NOTER TOUS LES ENFANTS QUI COMPOSENT VOTRE FOYER

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE* :

NOM : Prénom : Garçon Fille

Date de naissance :/...../..... Établissement scolaire / Classe :

NOM : Prénom : Garçon Fille

Date de naissance :/...../..... Établissement scolaire / Classe :

NOM : Prénom : Garçon Fille

Date de naissance :/...../..... Établissement scolaire / Classe :

NOM : Prénom : Garçon Fille

Date de naissance :/...../..... Établissement scolaire / Classe :

NOM : Prénom : Garçon Fille

Date de naissance :/...../..... Établissement scolaire / Classe :

PARENT(S) OU TUTEUR(S) LEGAL / LEGAUX*

Je soussigné(e), Mme, M., responsable légal **de ou des enfant(s)** déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche administrative (deux pages).

Je reconnais avoir pris connaissance du Projet Pédagogique de la structure d'accueil de mon enfant, et du règlement de fonctionnement des structures ASLH de la Communauté de Communes (disponible sur le site internet : www.ccrvv.fr) et en accepte les clauses.

À, le/...../.....

Signatures avec mention « *Lu et approuvé* »

SI PARENTS SEPARES (en l'absence de jugement)

Je soussigné(e) (mère, père, tuteur légal) atteste sur l'honneur pour **l'/les enfant(s)** avoir les modalités de garde et de facturation suivantes :

Garde / résidence alternée :

Semaines paires

Semaines impaires

Autres (merci de détailler) :

.....

Garde classique / résidence principale :

Facturation 100% mère

Facturation 100% père

Fait pour faire valoir ce que de droit.

À, le/...../.....

Signatures avec mention « *Lu et approuvé* »

* : Informations obligatoires

MERCI DE BIEN VOULOIR ECRIRE EN MAJUSCULE ET LISIBLEMENT

ANNEE SCOLAIRE 2021/2022*

Le fonctionnement des ALSH impose que l'enfant soit accompagné à l'accueil du matin et récupéré le soir.

Il ne peut donc pas quitter la structure d'accueil seul. En plus du/des parent(s), il est recommandé d'ajouter une personne de confiance.

Je soussigné.e Madame, Monsieur, autorise les personnes **majeures** inscrites ci-dessous à récupérer mon/mes enfant(s)

• NOM et Prénom : Tél.port* :

Lien de parenté :

• NOM et Prénom : Tél.port* :

Lien de parenté :

• NOM et Prénom : Tél.port* :

Lien de parenté :

• NOM et Prénom : Tél.port* :

Lien de parenté :

À, le/...../.....

Signature du/des parent(s), tuteur légal
 Mention « *Lu et approuvé* »

AUTORISATIONS DE SOINS* (COCHER LES CASES)

Je soussigné.e (mère, père, tuteur)

• Demande au personnel de la structure :

D'aider mon / mes enfant(s) à la prise, sous ma responsabilité et en cas de fièvre, d'antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant,

D'aider mon / mes enfant(s) à la prise, sous ma responsabilité et en cas de maladie de mon enfant, des médicaments prescrits par son médecin et suivant le double de l'ordonnance,

D'appliquer de la crème solaire à mon / mes enfant(s) en cas de nécessité,

• Autorise le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon / mes enfant(s) (NOM et Prénom) :

Transfert aux urgences,

Décharge la direction de la structure de toute responsabilité pendant le trajet jusqu'à l'hôpital,

Autorise l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de mon enfant.

À, le/...../.....

Signature du/des parent(s), tuteur légal
 Mention « *Lu et approuvé* »

AUTORISATIONS DE BAINADE

- Mon enfant sait nager : Oui Non
- Mon enfant a obtenu l'attestation de nage libre (25m) : Oui (photocopie à joindre au dossier) Non
- Je soussigné.e (mère, père, tuteur)
- ✓ Autorise mon / mes enfant(s) (NOM(s), Prénom(s)) à se baigner lors des activités avec la structure.
- À, le/...../.....

Signature du/des parent(s), tuteur légal
Mention « *Lu et approuvé* »

AUTORISATIONS DE FILMER / PHOTOGRAPHER

- Je soussigné.e (mère, père, tuteur)
- Autorise que mon / mes enfant(s) (NOM(s), Prénom(s)) soit / soient filmé(s) et/ou photographié(s) aux fins d'utilisations et/ou organismes suivants :
 - La Presse,
 - Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage,
 - La structure : support informatique, site internet, CD-ROM, clé USB, etc,
 - La structure elle-même : journal interne, affiches sur les murs, etc,
 - Le service Communication de la Commune ou de la Communauté de Communes,
- ✓ Et m'engage à ne pas utiliser les films ou les photos qui me seraient transmis, à d'autres usages qu'un usage familial.
- À, le/...../.....

Signature du/des parent(s), tuteur légal
Mention « *Lu et approuvé* »

AUTORISATIONS DE SORTIE

- Je soussigné.e (mère, père, tuteur)
- ✓ Autorise que mon / mes enfant(s) (NOM(s), Prénom(s)) à participer aux sorties organisées par la structure.
- À, le/...../.....

Signature du/des parent(s), tuteur légal
Mention « *Lu et approuvé* »

AUTORISATIONS DE TRANSPORT EN COMMUN

- Je soussigné.e (mère, père, tuteur)
- ✓ Autorise mon / mes enfant(s) (NOM(s), Prénom(s)) à prendre un moyen de transport en commun dans le cadre des activités périscolaires, extrascolaires et durant le temps méridien.
- À, le/...../.....

Signature du/des parent(s), tuteur légal
Mention « *Lu et approuvé* »



Communauté de Communes
Rhône - Vistre - Vidourle

2, avenue de la Fontanisse
30660 GALLARGUES-le-MONTUEUX
Tél. : 04 66 35 55 55 Fax : 04 66 35 42 19
E-mail : contact@ccrvv.com
www.cc-rhony-vistre-vidourle.fr

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

POUR LE TRAITEMENT DE DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies par la Communauté de Communes Rhône-Vistre-Vidourle sont enregistrées dans le logiciel Domino Web, édité par ABELIUM COLLECTIVITES, conçu pour la gestion de la préinscription, de l'inscription, du suivi, de la facturation et du contentieux des services des restaurants scolaires, accueils périscolaires, enfance, petite enfance, d'accueil et de loisirs.

Certaines informations sont également transmises au Trésor Public en cas de procédure de recouvrement.

Ces informations sont toutes nécessaires à l'accueil de votre enfant au sein des différents services mentionnés.

Les données personnelles sont conservées pendant le temps strictement nécessaire à l'accomplissement de la finalité pour laquelle elles ont été collectées (la gestion de la préinscription, de l'inscription, du suivi, de la facturation et du contentieux).

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 « informatique et liberté » modifiée et au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement et du droit à la portabilité des données. Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits en adressant vos demandes à l'adresse suivante : portail-familles@ccrvv.fr.

Vous pouvez introduire une réclamation auprès des services de la CNIL sur le site internet : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou vous adresser à la CNIL par courrier ou par téléphone, les informations sont disponibles sur le site <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

En remettant et en signant le dossier d'inscription de votre enfant, vous acceptez le traitement de vos données ainsi que celles de votre enfant.

Fait le : _____

Nom, prénom :

Signature :



Aigues-Vives



Aubais



Boissières



Codognan



Gallargues le
Montueux



Mus



Nages



Uchaud



Vergèze



Vestric et Candiac