

DOSSIER FOYER FAMILIAL INSCRIPTIONS RESTAURATION SCOLAIRE ET ACTIVITES PERISCOLAIRES Année scolaire 2025 - 2026



Important : un seul dossier par foyer est à renseigner

Composition du Foyer familial de résidence

Au sein du foyer	Adulte 1	Adulte 2
Nom et prénom		
Date de naissance	à	à
Adresse courriel		
Tél. mobile		
Adresse		
Code postal et ville		
Tél. fixe		
Tél. professionnel		
Profession		
Responsable CAF 06	☐	☐
	N°allocataire Nbre d'enfants au foyer :	

CAF 06 : Vous dépendez de la CAF des Alpes Maritimes :

Un site internet de la CAF (CDAP) permet à nos services habilités de consulter votre adresse, la composition de votre foyer et votre quotient familial, vous évitant de fournir sur papier toute modification **dans l'année en cours** suite à un changement de situation familiale.

Vous nous autorisez à utiliser le site internet de la CAF ☐ oui ☐ non

<u>Cadre réservé à l'administration</u> Régime : Calculé par : la CAF ☐ l'administration ☐	Date : Quotient familial : Nom de l'agent :
---	--

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Vous avez la possibilité d'opter pour le prélèvement automatique concernant les activités du SIVoM et celles de la commune

- Je demande le prélèvement automatique des factures – cochez l'activité
- Périscolaire (matin/soir) - Mercredis – Vacances ☐
 - Restauration scolaire ☐
 - Séjours, jeunesse ☐

ATTENTION : Tous les prélèvements s'effectueront sur **un seul compte – suivant votre demande un ou plusieurs mandat(s) de prélèvement(s) vous seront fournis. Ils devront être datés, signés et renvoyés via le portail famille.**

Pour la demande de prélèvement automatique,
seul le titulaire du compte, pourra signer le mandat autorisant le prélèvement.

ATTENTION : l'autorisation de prélèvement ne vaut pas inscription aux activités.

Vous recevrez les factures par mël, elles seront aussi consultables sur le(s) portail(s) famille.
Merci de faire votre demande via le (les) portail(s) famille, si vous souhaitez les recevoir par courrier.

ASSURANCE

Dans votre intérêt et celui de vos enfants, pensez à vérifier que votre assurance couvre bien les dommages corporels auxquels peuvent être exposés vos enfants au cours des activités qu'ils pratiquent.

Nom de la Compagnie d'assurance :

Numéro de Police d'assurance :

AUTORISATION DE PUBLICATION (consentie à titre gratuit)

J'autorise la mairie de Drap et les établissements du SIVOM Val de Banquière à publier sur tout support des photographies, films, enregistrements sur lesquels mon enfant peut figurer ainsi que les productions et œuvres originales qu'il aura réalisées dans le cadre des activités ou vous l'avez inscrit et sous la responsabilité de l'équipe éducative.

Conformément à l'article 9 du Code Civil sur le « Droit à l'image » et à l'Article 121-2 du Code de la Propriété intellectuelle

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Ce dossier papier sera conservé durant 10 années.

Vous êtes informés que le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé. Conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 6 janvier 1978, relative aux fichiers informatiques et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification ou de suppression des données vous concernant. Pour l'exercer, merci de contacter par courrier la mairie ou le Sivom Val de Banquière. (Voir mention légale).

Nous vous communiquerons par SMS ou E-Mail, les actualités de nos collectivités.

VOUS RECONNAISSEZ :

- L'exactitude des renseignements et documents fournis et vous vous engagez à signaler, immédiatement, tout changement de situation, *Cochez* ☐
- Avoir lu les mentions légales concernant la protection de vos données et être d'accord avec les finalités d'utilisation de celles-ci.
Cochez ☐

Date _____

Signature de la personne (ou des personnes)
composant le foyer de l'enfant (ou des enfants)

ATTENTION : Seul un des parents, responsable légal (ou tuteur) de son ou ses enfant(s) peut déposer ce dossier.

Attention, veuillez vérifier régulièrement les informations de votre dossier via le Portail Famille

Si une autre personne doit venir, vous devez lui donner procuration pour votre ou vos enfant(s)

(Elle devra être munie de sa pièce d'identité originale ainsi que de la copie de votre carte d'identité)

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR SUIVANT VOTRE SITUATION

Pour le foyer familial allocataire de la CAF 06

- ☐ Attestation de paiements et de quotient familial CAF 06 mentionnant le QF et la composition familiale

Pour le foyer familial NON allocataire de la CAF 06

- ☐ Copie du dernier avis d'imposition de chaque adulte du foyer
☐ Dernière fiche de paie de chaque responsable identifiant l'employeur et son adresse (Kbis pour certains d'entre-vous)
☐ Justificatif de domicile administratif de -3 mois si votre adresse est différente de celle de votre avis d'imposition
☐ Prestations familiales versées par votre caisse, si votre régime est différent du régime général

POUR TOUTES LES FAMILLES

- ☐ Attestation d'assurance Responsabilité Civile
☐ Prélèvement automatique : via le portail famille, saisir les données du RIB et nous transmettre le RIB par la messagerie du portail (interne).

Tout dossier incomplet sera refusé

Fiche de renseignement enfant / jeune 1

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe

Ecole

Classe

Pour les adolescents : numéro de téléphone Email :

Responsables légaux ou tuteur	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Tuteur de l'enfant
Nom et Prénom			
Date de Naissance			
Adresse			
Code postal et ville			
Téléphone			

Pratique alimentaire : Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un repas sans porc ☐ sans viande ☐

ATTESTATION MEDICALE (à remplir par le médecin) Accueil Collectif de Mineurs et l'animation sportive Ou fournir la copie du carnet de santé – page Vaccination

Je soussigné (e), **Docteur**
certifie que l'enfant

Est à jour de ses vaccins : Oui ☐ Contre-indication ☐

Signature et tampon

Conformément à nos Règlements Intérieurs, vous êtes responsables du suivi de la vaccination de votre enfant.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à compléter par les parents

Eléments particuliers à signaler en fonction des animations proposées en complément à ce dossier

.....
Pour certaines difficultés de santé, l'établissement d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)** est nécessaire. **A votre initiative, le P.A.I.** est une démarche établie entre les responsables d'établissement scolaire, avec la présence d'un médecin scolaire et des responsables représentant nos structures et collectivités qui sont impliqués dans la vie de votre enfant souffrant d'un trouble chronique de santé. Il facilite l'accueil de votre enfant afin d'éviter l'exclusion, l'isolement.

PAI Oui ☐ Fournir régulièrement le document actualisé

Votre enfant est-il porteur de : lentilles ☐ , lunettes ☐ , prothèses dentaires ☐ , ou auditives ☐ autre

Information en cas de traitement médical

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Médecin traitant de votre enfant : Docteur..... 0.....

Pour tout élément médical évoqué ci-dessus, un échange d'information avec chaque responsable de structure est essentiel afin de mettre en œuvre un accueil adapté à votre enfant.

AUTORISATIONS

Maquillage : pour les fêtes et durant les animations **Oui** ☐ **Non** ☐

Photographie / vidéo : **Oui** ☐ **Non** ☐

Partir seul : J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités, après accord du responsable de l'activité **Oui** ☐ **Non** ☐

Liste des personnes pouvant venir chercher mon enfant – munies d'une pièce d'identité obligatoire				
	Nom Prénom (par ordre d'appel)	Lien de parenté	Téléphone obligatoire	Autre téléphone
1				
2				
3				
4				

- ☐ Je déclare exacts tous les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes mesures (traitements médicaux et hospitalisation) nécessaires.
- ☐ Je reconnais avoir lu les mentions légales concernant la protection de mes données personnelles et je suis d'accord avec les finalités d'utilisation des données exprimées
- ☐ Je récupérerai tous les documents d'ordre médical et les médicaments en fin de période.
- ☐ Je certifie avoir accepté, informé et co-signé (parents, tuteurs et enfants) la charte du Vivre Ensemble.
- ☐ Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs régissant chaque activité.
- ☐ Pour toute décision de justice que vous considérerez comme importante, merci de nous présenter l'original et la copie de l'extrait de jugement qui fera, si nécessaire, l'objet d'un entretien avec le(s) responsable(s) du(des) service(s) qui vous contactera(ont).

Signature du ou des **responsable (s) légal (aux)** de l'enfant

Fiche de renseignement enfant / jeune 2

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe

Ecole

Classe

Pour les adolescents : numéro de téléphone Email :

Responsables légaux ou tuteur	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Tuteur de l'enfant
Nom et Prénom			
Date de Naissance			
Adresse			
Code postal et ville			
Téléphone			

Pratique alimentaire : Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un repas sans porc ☐ sans viande ☐

ATTESTATION MEDICALE (à remplir par le médecin) Accueil Collectif de Mineurs et l'animation sportive **Ou** fournir la copie du carnet de santé – page Vaccination

Je soussigné (e), **Docteur**
certifie que l'enfant

Est à jour de ses vaccins : Oui ☐ Contre-indication ☐

Signature et tampon

Conformément à nos Règlements Intérieurs, vous êtes responsables du suivi de la vaccination de votre enfant

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à compléter par les parents

Eléments particuliers à signaler en fonction des animations proposées en complément à ce dossier

.....
Pour certaines difficultés de santé, l'établissement d'un **Projet d' Accueil Individualisé (P.A.I)** est nécessaire. **A votre initiative, le .P.A.I.** est une démarche établie entre les responsables d'établissement scolaire, avec la présence d'un médecin scolaire et des responsables représentant nos structures et collectivités qui sont impliqués dans la vie de votre enfant souffrant d'un trouble chronique de santé. Il facilite l'accueil de votre enfant afin d'éviter l'exclusion, l'isolement.

PAI Oui ☐ Fournir régulièrement le document actualisé

Votre enfant est-il porteur de : lentilles ☐ , lunettes ☐ , prothèses dentaires ☐ , ou auditives ☐ autre

Information en cas de traitement médical

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Médecin traitant de votre enfant : Docteur..... 0.....

Pour tout élément médical évoqué ci-dessus, un échange d'information avec chaque responsable de structure est essentiel afin de mettre en œuvre un accueil adapté à votre enfant.

AUTORISATIONS

Maquillage : pour les fêtes et durant les animations **Oui** ☐ **Non** ☐

Photographie / vidéo : **Oui** ☐ **Non** ☐

Partir seul : J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités, après accord du responsable de l'activité **Oui** ☐ **Non** ☐

Liste des personnes pouvant venir chercher mon enfant – munies d'une pièce d'identité obligatoire				
	Nom Prénom (par ordre d'appel)	Lien de parenté	Téléphone obligatoire	Autre téléphone
1				
2				
3				
4				

- ☐ Je déclare exacts tous les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes mesures (traitements médicaux et hospitalisation) nécessaires.
- ☐ Je reconnais avoir lu les mentions légales concernant la protection de mes données personnelles et je suis d'accord avec les finalités d'utilisation des données exprimées
- ☐ Je récupérerai tous les documents d'ordre médical et les médicaments en fin de période.
- ☐ Je certifie avoir accepté, informé et co-signé (parents, tuteurs et enfants) la charte du Vivre Ensemble.
- ☐ Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs régissant chaque activité.
- ☐ Pour toute décision de justice que vous considérerez comme importante, merci de nous présenter l'original et la copie de l'extrait de jugement qui fera, si nécessaire, l'objet d'un entretien avec le(s) responsable(s) du(des) service(s) qui vous contactera(ont).

Signature du ou des **responsable (s) légal (aux)** de l'enfant

Information sur la réglementation générale de la protection des données



Mentions légales

Les informations recueillies dans ce dossier d'inscription foyer font l'objet d'un traitement informatique (le SIVOM VAL DE BANQUIERE et la Commune de Drap sont les responsables de ce traitement), auquel vous consentez.

Ce traitement est destiné à :

- Gestion des inscriptions au centre d'accueil et de loisirs extra scolaires et périscolaires du SIVOM VAL DE BANQUIERE
- Gestion des inscriptions scolaires et de la restauration par la Commune de Drap
- Données de facturation par les services Comptabilités du SIVOM VAL DE BANQUIERE et de la Commune de Drap
- Données santé et données juridiques (modes de gardes, autorités parentales, mesures d'éloignement, renseignements médicaux ...) utilisées par le SIVOM VAL DE BANQUIERE et la Commune de Drap
- Courriels et coordonnées téléphoniques utilisés par les services Communication du SIVOM VAL DE BANQUIERE et de la Commune de Drap (art 6-1-A du RGPD).

Les données collectées sont :

- Pour les responsables du foyer et les responsables légaux :
 - Etat civil, dates de naissance, coordonnées téléphoniques, mails, adresse postale, profession, Nom et adresse de l'employeur,
 - Nombre d'enfants du foyer
 - N° Allocataire
 - Régime Social du foyer
 - Nom de la Police d'assurance et numéro, en cas d'accident
 - Choix de mode de règlement dont le prélèvement
 - Coordonnées bancaires
 - Autorisation d'accès à CAF CDAP
 - Attestation de notification de la CAF mentionnant l'adresse du foyer, le nom des personnes résidant au foyer et le quotient familial
 - Avis d'imposition
 - Prestations familiales des autres caisses ne relevant pas du régime général
 - Justificatif de domicile
 - Pièce d'identité
- Pour les enfants du foyer :
 - Etat civil
 - Numéro de téléphone et adresse mail pour les adolescents
 - Photos des enfants
 - Pratique alimentaire
 - Autorisation parentale de sortie avec nom, prénom, coordonnées téléphoniques et lien de parenté des personnes pouvant prendre en charge les enfants à la fin de chaque activité
 - Autorisation de publication d'image et œuvre
 - Autorisation de maquillage
 - Attestation médicale avec contre-indication éventuelle
 - Copie de carnet de vaccinations
 - Renseignements médicaux (PAI, médecin traitant ...)
 - Certificat de scolarité
 - Pièce d'identité
 - Renseignements juridiques (jugement)

Ces données sont destinées au pôle animation du territoire du SIVOM VAL DE BANQUIERE et aux Services Education, restauration scolaire de la ville de Drap et sont utilisées dans le logiciel CIVIL Net enfance et le (les) portails(s). L'éditeur informatique de ces derniers est CIRIL. Elles seront également utilisées par les services comptabilité des deux entités pour la gestion des prélèvements ou en cas d'impayés pour l'émission d'un titre.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi « informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données, exercer vos droits ou poser toutes vos questions sur leurs traitements dans ce dispositif, en vous adressant par voie postale au Délégué à la Protection des Données – SIVOM VAL DE BANQUIERE – 21 boulevard du 8 mai 1945 06730 SAINT ANDRE DE LA ROCHE, ou par mail protectiondesdonnees@svdb.fr. Vous pouvez également contacter la mairie de Drap.

Pour des motifs légitimes, vous pouvez vous opposer aux traitements des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Vos données sont conservées pendant la durée légale de conservation.

Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des Données (Règlement (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager a le droit :

- De s'opposer au profilage,
- De demander la limitation du traitement,
- De demander l'effacement de leurs données,
- D'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « informatique et Libertés » ne sont pas respectés

(En France : CNIL : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cédex 07 Tel : 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr)