

# DOSSIER FAMILLE

INSCRIPTIONS  
AUX SERVICES  
SCOLAIRES  
ET PÉRISCOLAIRES



RESPONSABLES  
LÉGAUX



NOMBRE  
D'ENFANTS



INFORMATIONS  
LÉGALES

NOM(S) DE FAMILLE

.....

N° DE DOSSIER

ANNÉE SCOLAIRE

20...../20.....



ville de Cambrai



## RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Situation de famille (cocher) :

Célibataire -  Marié -  Divorcé\* -  Séparé\* -  Pacsé -  Veuf -  Concubinage

Profession : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : .....

Téléphone personnel : ...../...../...../...../..... Téléphone professionnel : ...../...../...../...../.....

M@il : .....

N° allocataire CAF : .....

Autorisé à récupérer l'enfant  OUI -  NON\*

*\*Dans ce cas joindre la copie du jugement justifiant la responsabilité de(s) enfant(s) et droits de garde.*

## RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Situation de famille (cocher) :

Célibataire -  Marié -  Divorcé\* -  Séparé\* -  Pacsé -  Veuf -  Concubinage

Profession : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : .....

Téléphone personnel : ...../...../...../...../..... Téléphone professionnel : ...../...../...../...../.....

M@il : .....

N° allocataire CAF : .....

Autorisé à récupérer l'enfant  OUI -  NON\*

*\*Dans ce cas joindre la copie du jugement justifiant la responsabilité de(s) enfant(s) et droits de garde.*

## AUTRES RESPONSABLES

Organisme ou personne morale :

.....

Fonction : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|

Commune : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

M@il: .....

## PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE (VOS) ENFANTS EN DEHORS DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Nom - Prénom :

.....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Nom - Prénom :

.....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

## ENFANT 1

Classe actuelle : .....  
École actuelle : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
Code postal : | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Commune : .....

### SANTÉ :

Votre enfant porte t-il :  
 des lunettes -  un appareil dentaire  
 un appareil auditif ?  
Problème médical nécessitant la mise en place  
d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  
 allergie -  asthme -  épilepsie  
 traitement médical régulier  
 autre (précisez) .....  
Allergie aux médicaments ? :  
.....

### Régime alimentaire :

sans porc -  sans viande  
 autre .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH ?  
Pour quel motif ? : .....  
Date de la notification : ...../...../.....

### VACCINS OBLIGATOIRES

(DTCPH pour les naissances après 2018)

Date dernier rappel : ...../...../.....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat  
médical de contre-indication*

## ENFANT 2

Classe actuelle : .....  
École actuelle : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
Code postal : | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Commune : .....

### SANTÉ :

Votre enfant porte t-il :  
 des lunettes -  un appareil dentaire  
 un appareil auditif ?  
Problème médical nécessitant la mise en place  
d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  
 allergie -  asthme -  épilepsie  
 traitement médical régulier  
 autre (précisez) .....  
Allergie aux médicaments ? :  
.....

### Régime alimentaire :

sans porc -  sans viande  
 autre .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH ?  
Pour quel motif ? : .....  
Date de la notification : ...../...../.....

### VACCINS OBLIGATOIRES

(DTCPH pour les naissances après 2018)

Date dernier rappel : ...../...../.....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat  
médical de contre-indication*

## ENFANT 3

Classe actuelle : .....  
École actuelle : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
Code postal : | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Commune : .....

### SANTÉ :

Votre enfant porte t-il :  
 des lunettes -  un appareil dentaire  
 un appareil auditif ?  
Problème médical nécessitant la mise en place  
d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  
 allergie -  asthme -  épilepsie  
 traitement médical régulier  
 autre (précisez) .....  
Allergie aux médicaments ? :  
.....

### Régime alimentaire :

sans porc -  sans viande  
 autre .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH ?  
Pour quel motif ? : .....  
Date de la notification : ...../...../.....

### VACCINS OBLIGATOIRES

(DTCPH pour les naissances après 2018)

Date dernier rappel : ...../...../.....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat  
médical de contre-indication*

## ENFANT 4

Classe actuelle : .....  
École actuelle : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
Code postal : | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Commune : .....

### SANTÉ :

Votre enfant porte t-il :  
 des lunettes -  un appareil dentaire  
 un appareil auditif ?  
Problème médical nécessitant la mise en place  
d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  
 allergie -  asthme -  épilepsie  
 traitement médical régulier  
 autre (précisez) .....  
Allergie aux médicaments ? :  
.....

### Régime alimentaire :

sans porc -  sans viande  
 autre .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH ?  
Pour quel motif ? : .....  
Date de la notification : ...../...../.....

### VACCINS OBLIGATOIRES

(DTCPH pour les naissances après 2018)

Date dernier rappel : ...../...../.....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat  
médical de contre-indication*

## ENFANT 5

Classe actuelle : .....  
École actuelle : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
Code postal : | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Commune : .....

### SANTÉ :

Votre enfant porte t-il :  
 des lunettes -  un appareil dentaire  
 un appareil auditif ?  
Problème médical nécessitant la mise en place  
d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  
 allergie -  asthme -  épilepsie  
 traitement médical régulier  
 autre (précisez) .....  
Allergie aux médicaments ? :  
.....

### Régime alimentaire :

sans porc -  sans viande  
 autre .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH ?  
Pour quel motif ? : .....  
Date de la notification : ...../...../.....

### VACCINS OBLIGATOIRES

(DTCPH pour les naissances après 2018)

Date dernier rappel : ...../...../.....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat  
médical de contre-indication*

## ENFANT 6

Classe actuelle : .....  
École actuelle : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse : .....  
Code postal : | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Commune : .....

### SANTÉ :

Votre enfant porte t-il :  
 des lunettes -  un appareil dentaire  
 un appareil auditif ?  
Problème médical nécessitant la mise en place  
d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?  
 allergie -  asthme -  épilepsie  
 traitement médical régulier  
 autre (précisez) .....  
Allergie aux médicaments ? :  
.....

### Régime alimentaire :

sans porc -  sans viande  
 autre .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH ?  
Pour quel motif ? : .....  
Date de la notification : ...../...../.....

### VACCINS OBLIGATOIRES

(DTCPH pour les naissances après 2018)

Date dernier rappel : ...../...../.....

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat  
médical de contre-indication*



## COORDONNÉES MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : | |\_| |\_| |\_| |\_|

Commune : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Assureur : .....

N° : .....



## CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DE MES DONNÉES

✓ J'accepte que la Commune de Cambrai, dont le responsable de traitement est Monsieur Le Maire, collecte, enregistre et traite les données à caractère personnel que je viens de renseigner dans ce formulaire ou dans les documents remis.

Je prends note que le traitement de mes données répond(ent) au(x) finalité(s) suivante(s) :

- Gestion du dossier d'inscription scolaire du ou des enfant(s) à l'école ;
- Gestion des dossiers d'inscription aux prestations municipales en lien avec les activités scolaires et périscolaires du ou des enfant(s) ;
- Gestion du ou des enfant(s) durant toute sa scolarité sur la Commune de Cambrai ;
- Communication ;
- Statistiques

✓ J'accepte que certaines de ces informations soient communiquées à des tiers extérieurs agissant pour le compte ou en lien avec la Commune dans le respect des finalités précédemment énoncées. Il convient de noter que vos données ne seront pas transmises à des fins commerciales.

Vos informations personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire jusqu'à ce que votre ou vos enfants ne soient plus soumis à l'obligation scolaire sauf si :

- Vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions décrites ci-après ;
- Une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.



## AUTORISATIONS PARENTALES

Si vous ne souhaitez pas donner l'une des autorisations ci-dessous, barrez le paragraphe

### ✓ AUTORISATION DE PUBLICATION

J'autorise, sans limite de durée, la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, pour les publications de la Ville (magazine municipal, affiches, site internet...)

### ✓ AUTORISATION INTERVENTIONS MÉDICALES

J'autorise le responsable de la structure à prodiguer les premiers soins, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital par les services d'urgence.

### ✓ AUTORISATION POUR LA PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS

J'autorise mon enfant à participer aux activités de l'école et aux activités périscolaires.

### ✓ AUTORISATION DE DÉPART SEUL à partir de 9 ans

Je soussigné (e), .....  
responsable de(s) l'enfant(s) .....

autorise mon (mes) enfants à rentrer seul(s) à mon domicile et à quitter la structure après l'activité.

### ✓ AUTORISATION UTILISATION DES COORDONNÉES

J'autorise l'utilisation de mon courriel pour me communiquer des informations municipales.

## ENGAGEMENT DES RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT ET DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Nous soussignés, .....  
responsables légaux de(s) l'enfant(s) .....

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités scolaires et périscolaires au(x)quel(s) mon(mes) enfant(s) sera(seront) inscrit(s) et m'engage à prendre toutes les dispositions pour les respecter.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés au dossier et des documents joints.

Je m'engage à signaler tout changement d'adresse et de situation.

### Responsable 1

Fait à : .....

Le : ...../...../20.....

Signature :

### Responsable 2

Fait à : .....

Le : ...../...../20.....

Signature :



ville de Cambrai



Vous disposez d'un droit d'accès à toutes les données à caractère personnel recueillies dans le cadre ce formulaire ou dans les documents remis. Vous disposez également d'un droit de retrait de votre consentement à tout moment, de rectification, d'opposition, de restitution et de suppression de vos données en faisant votre demande auprès du service de la Mairie qui a procédé à la collecte de la donnée. Vous pouvez contacter le Délégué à Protection des Données à : [contact@mairie-cambrai.fr](mailto:contact@mairie-cambrai.fr) Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)). A défaut de consentement quant à la collecte et au traitement de vos données, la Commune ne sera pas en mesure de traiter votre demande.