

**Tél garderie : 0648487899**  
**ou 04 75 28 10 68 tapez 3**

**E-mail garderie : [taps.maternelle.buis@gmail.com](mailto:taps.maternelle.buis@gmail.com)**

**Année : /**

Tél secrétariat SIVOS : 04 75 28 10 68

E-mail : [sivos.buis26@gmail.com](mailto:sivos.buis26@gmail.com)

## FICHE DE RENSEIGNEMENT ALSH DU SIVOS DE BUIS LES BARONNIES

Nom – Prénom de l'enfant : ..... Fille ☐ Garçon ☐  
Date de naissance : ..... Classe de : .....  
Adresse précise : ..... Niveau : .....  
.....  
Adresse mail : .....

### RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

#### Responsable légal 1

☐ Mme ☐ Mr

Nom – Prénom : .....  
N° Tél. domicile : .....  
N° Tél. travail : .....  
N° portable : .....

Situation parentale : ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Autres

Si parents divorcés ou séparés, qui a la charge de l'enfant : .....

L'autre parent est-il autorisé à venir voir l'enfant ? ☐ OUI ☐ NON

Est-il autorisé à le prendre à la sortie ? ☐ OUI ☐ NON

Observations éventuelles : .....  
.....  
.....

### AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

Coordonnées des personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie de la garderie périscolaire de Buis les Baronnies et à prévenir en cas de problèmes :

1) Nom – Prénom : .....  
N° Tél. domicile : .....  
N° Tél. travail : .....  
N° portable : .....

2) Nom – Prénom : .....  
N° Tél. domicile : .....  
N° Tél. travail : .....  
N° portable : .....

3) Nom – Prénom : .....  
N° Tél. domicile : .....  
N° Tél. travail : .....  
N° portable : .....

4) Nom – Prénom : .....  
N° Tél. domicile : .....  
N° Tél. travail : .....  
N° portable : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : .....

Téléphone : .....

Enfant en traitement : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel : .....

Indiquez ici les autres difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation ...) : .....

J'autorise les responsables de la garderie périscolaire de Buis les Baronniees à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin en cas de PAI (avec ordonnance du médecin) et les mesures d'urgence en cas d'accident y compris l'hospitalisation. A....., le.....

Signature des parents :

## ASSURANCE

Assurance responsabilité civile : ☐ OUI ☐ NON

Assurance extra scolaire : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, numéro de police : .....

⇒ Joindre une copie de l'attestation d'assurance.

## DROIT A L'IMAGE

J'autorise le ou les responsables de la garderie périscolaire de Buis les Baronniees à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant, sur des supports de communication. ☐ OUI ☐ NON

Je, soussigné(e) ..... certifie sur l'honneur que le(s) parent(s) responsable(s) de l'enfant cité ci-dessus exerce(nt) une activité professionnelle.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche et m'engage à communiquer les éventuelles modifications à y apporter.

A ....., le .....

Signature :

## Données personnelles

Les informations recueillies sur ce formulaire sont collectées par le SIVOS de Buis-les-Baronnies pour les inscriptions aux services périscolaires (cantine et garderie). Elles sont renouvelées tous les ans et destinées aux services administratifs pour la gestion et la facturation des activités périscolaires. Elles sont transmises au Trésor public.

Conformément au règlement Général de la Protection des Données en vigueur depuis le 25 mai 2018, vous pouvez demander à exercer vos droits d'accès, d'opposition, de modification, de rectification et d'effacement de vos données personnelles en contactant le SIVOS de Buis-les-Baronnies : sivos.de.buis@wanadoo.fr

A ....., le .....

Signature :