



VILLE D'ALBERTVILLE  
12, COURS DE L'HÔTEL DE VILLE - BP 104  
73207 ALBERTVILLE CEDEX  
TÉL. +33 (0)4 79 10 43 00  
FAX. +33(0)4 79 10 43 09

## FICHE D'INSCRIPTION

# PASS' ENFANCE JEUNESSE 2024-2025

VALIDE DU 07/07/24 AU 05/07/2025

### L'ENFANT / LE JEUNE

<b>NOM</b>		<b>PRÉNOM</b>	
Sexe		Date de naissance	
Assurance		N° contrat ou police (présenter justificatif)	
Établissement Scolaire		Quotient Familial (présenter justificatif)	

### REPRÉSENTANTS LÉGAUX/AUTRE TIERS RESPONSABLE DE L'ENFANT/DU JEUNE

	MÈRE	PÈRE	AUTRE TIERS RESPONSABLE
NOM Prénom			
Adresse			
☎ portable			
☎ domicile			
☎ travail			
Email			
Autorité parentale (*fournir le jugement)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	

Situation matrimoniale des parents :  Mariés  Pacsés  Concubins  Célibataires  
 Veuf(ve)  Divorcés \*  Séparés \*

\* En cas de garde alternée, fournir tous les justificatifs nécessaires à la mise en place du planning de garde sur le portail famille.

### LES RESPONSABLES AUTORISENT :

- L'enfant à rentrer seul jusqu'au domicile à l'issue des activités ou du transport par car.
- La diffusion de l'image de l'enfant sur les supports de communication municipaux (papier, site internet, réseaux sociaux) ou lors d'événements publics ou de rencontre avec les familles.
- Les services de la Direction de l'Éducation et de la Cohésion sociale à leur envoyer des informations par SMS.
- Le responsable de l'accueil, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- L'autre responsable légal, ....., en cas de séparation ou de divorce, à effectuer des réservations depuis mon portail famille.
- la création d'un compte portail famille (si celui-ci n'est pas déjà créé).
- La ville à leur envoyer des informations par SMS relatives à la gestion de crise (Plan Communal de Sauvegarde).

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Date du dernier rappel DT polio (présenter le carnet de santé):  
.....

Allergies alimentaires :  oui  non

.....

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :  oui  non

Autre allergie :  oui  non

.....

Repas sans viande

**PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE SI LES PARENTS NE SONT PAS JOIGNABLES :**

Préciser les noms, prénoms et numéros de téléphone

.....  
.....  
.....  
.....

**AUTRES PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT :**

Préciser les noms, prénoms et numéros de téléphone

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur des différents dispositifs.

**Date : ..... / ..... / .....**

**Signature (obligatoire) :**

*Conformément à la législation relative à la protection des données personnelles, vous disposez de droits d'opposition, d'accès, de rectification, de retrait de votre consentement et de suppression des données qui vous concernent en vous adressant à la Mairie d'Albertville par courrier ou par courriel à l'adresse [dpo@albertville.fr](mailto:dpo@albertville.fr) et ce, en justifiant de votre identité.*

*Si vous souhaitez en savoir plus, la politique de confidentialité sur les données personnelles de la Mairie d'Albertville est disponible sur simple demande.*