

# DOSSIER FOYER FAMILIAL

Année scolaire 2025 - 2026

## Composition du foyer familial de résidence

Au sein du foyer	Adulte 1	Adulte 2
Nom et prénom		
Date de naissance	Le            à	Le            à
Profession		
Adresse		
Code postal et ville		
Tél. mobile		
Adresse courriel		
Tél. fixe		
Tél. professionnel		
Responsable CAF 06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N°Allocataire CAF 06	Nbre d'enfants dans le foyer :	

**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 nous autorisez à utiliser le site internet de la CAF :**  Oui  Non

<u>Cadre réservé à l'administration</u>	<b>Date :</b>
<b>Régime :</b>	<b>Quotient familial :</b> .....
<b>Calculé par :</b> la CAF <input type="checkbox"/> l'administration <input type="checkbox"/>	<b>Nom de l'agent :</b> .....

### PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Vous avez la possibilité d'opter pour le prélèvement automatique concernant la restauration scolaire et les activités du SIVoM Val-de-Banquière.

- Je demande le prélèvement automatique des factures – cochez l'activité
- Restauration scolaire
  - Périscolaire (matin/soir)
  - Mercredi – Vacances
  - Séjours – MDJ

**ATTENTION :** Tous les prélèvements s'effectueront sur **un seul compte bancaire. 1 mandat par prélèvement vous sera fourni.**

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

**ATTENTION :** La signature de l'autorisation de prélèvement ne vaut pas inscription aux services.

**Vous recevrez les factures par mail, elles seront aussi consultables sur le portail famille (les codes d'accès seront envoyés par mail avant la rentrée).**

**Merci de faire votre demande via le portail 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)

Le SIVoM Val-de-Banquière ou ses communes membres peuvent être amenés à publier sur tout support des photographies, films, enregistrements sur lesquels votre 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 le SIVoM Val-de-Banquière ou ses communes membres (voir mentions légales).

**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.**

(Il y aura des documents à signer sur place).

**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 TOUTES LES FAMILLES**

- Dernier bulletin de salaire de chaque adulte du foyer et/ou extrait kbis et/ou URSSAF de moins de 3 mois
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- RIB si vous optez pour le prélèvement automatique

#### **Pour les foyers allocataires de la CAF 06**

- Attestations de paiement et de quotient familial CAF 06 mentionnant le QF, l'adresse et la composition du foyer (responsables et enfants)

#### **Pour les foyers non allocataires de la CAF 06**

- Dernier avis d'imposition de chaque adulte du foyer
- Si votre adresse actuelle est différente de celle de votre avis d'imposition, un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Les prestations familiales versées par votre caisse, si votre régime est différent du régime général

**Tout dossier incomplet sera refusé**

## Fiche de renseignement 1<sup>er</sup> enfant / jeune

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe

École

Classe

Pour les adolescents, numéro de téléphone : ..... e-mail : .....

Garde alternée : Oui  Non

**Important : Pour les enfants en garde alternée, un dossier foyer doit être rempli par chacun des parents inscrivant l'enfant à la restauration scolaire ou à une activité du SIVoM Val-de-Banquière (hors périscolaires).**

Responsables légaux ou tuteur	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Tuteur de l'enfant
Nom et Prénom			
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 – pages de vaccinations

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.

**P.A.I. :** Oui (**Fournir régulièrement le document actualisé**)

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

**Information en cas de traitement médical de courte durée**

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..... tél. : .....

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  **Autorisation de publication** (consentie à titre gratuit) : Oui  Non

**Partir seul :** J'autorise mon enfant (**10 ans minimum**) 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	Lien de parenté	Téléphone obligatoire	Autre téléphone
1				
2				
3				
4				

**Merci de bien vouloir prendre connaissance des points suivants, et cocher :**

- 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 considèrerez 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 2<sup>ème</sup> enfant / jeune

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe

École

Classe

Pour les adolescents, numéro de téléphone : ..... e-mail : .....

Garde alternée : Oui  Non

**Important : Pour les enfants en garde alternée, un dossier foyer doit être rempli par chacun des parents inscrivant l'enfant à la restauration scolaire ou à une activité du SIVoM Val-de-Banquière (hors périscolaires).**

Responsables légaux ou tuteur	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Tuteur de l'enfant
Nom et Prénom			
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 – pages de vaccinations

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.

**P.A.I. :** Oui (**Fournir régulièrement le document actualisé**)

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

#### **Information en cas de traitement médical de courte durée**

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..... tél. : .....

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  **Autorisation de publication** (consentie à titre gratuit) : Oui  Non

**Partir seul :** J'autorise mon enfant (**10 ans minimum**) 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	Lien de parenté	Téléphone obligatoire	Autre téléphone
1				
2				
3				
4				

**Merci de bien vouloir prendre connaissance des points suivants, et cocher :**

- 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 considèrerez 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 3<sup>ème</sup> enfant / jeune

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe

École

Classe

Pour les adolescents, numéro de téléphone : ..... e-mail : .....

Garde alternée : Oui  Non

**Important : Pour les enfants en garde alternée, un dossier foyer doit être rempli par chacun des parents inscrivant l'enfant à la restauration scolaire ou à une activité du SIVoM Val-de-Banquière (hors périscolaires).**

Responsables légaux ou tuteur	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Tuteur de l'enfant
Nom et Prénom			
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 – pages de vaccinations

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.

**P.A.I. :** Oui (**Fournir régulièrement le document actualisé**)

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

**Information en cas de traitement médical de courte durée**

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..... tél. : .....

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  **Autorisation de publication** (consentie à titre gratuit) : Oui  Non

**Partir seul :** J'autorise mon enfant (**10 ans minimum**) 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	Lien de parenté	Téléphone obligatoire	Autre téléphone
1				
2				
3				
4				

**Merci de bien vouloir prendre connaissance des points suivants, et cocher :**

- 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 considèrerez 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 4<sup>ème</sup> enfant / jeune

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe

École

Classe

Pour les adolescents, numéro de téléphone : ..... e-mail : .....

Garde alternée : Oui  Non

**Important : Pour les enfants en garde alternée, un dossier foyer doit être rempli par chacun des parents inscrivant l'enfant à la restauration scolaire ou à une activité du SIVoM Val-de-Banquière (hors périscolaires).**

Responsables légaux ou tuteur	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Tuteur de l'enfant
Nom et Prénom			
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 – pages de vaccinations

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.

**P.A.I. :** Oui (**Fournir régulièrement le document actualisé**)

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

### Information en cas de traitement médical de courte durée

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..... tél. : .....

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  **Autorisation de publication** (consentie à titre gratuit) : Oui  Non

**Partir seul :** J'autorise mon enfant (**10 ans minimum**) 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	Lien de parenté	Téléphone obligatoire	Autre téléphone
1				
2				
3				
4				

**Merci de bien vouloir prendre connaissance des points suivants, et cocher :**

- 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 considèrerez 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**



Mairie-de-Saint-André-de-la-Roche

### **Mentions légales**

Les informations recueillies dans ce dossier d'inscription foyer font l'objet d'un traitement informatique (le SIVOM VAL DE BANQUIERE est le responsable 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 au centre d'accueil et de loisirs périscolaires temps méridien de la mairie de Saint André de la Roche
- Gestion des inscriptions pour le service sports du SIVOM VAL DE BANQUIERE
- Gestion des inscriptions pour le service jeunesse du SIVOM VAL DE BANQUIERE
- Consultation des dossiers famille et enfants pour l'école de Musique de la mairie de Saint André de la Roche
- Données de facturation par le service Comptabilité du SIVOM VAL DE BANQUIERE et de la commune de Saint André de la Roche
- Données santé et données juridiques (modes de gardes, autorités parentales, mesures d'éloignement ...) utilisées par le SIVOM VAL DE BANQUIERE et la mairie de Saint André de la Roche
- Courriels et coordonnées téléphoniques utilisés par les services Communication du SIVOM VAL DE BANQUIERE et de la mairie de Saint André de la Roche

Les traitements sont basés sur le consentement (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
  - Numéro d'assurances et noms des compagnies d'assurance en cas d'accident
  - Choix de mode de règlement dont le prélèvement
  - Coordonnées bancaires
  - Autorisation d'accès à 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
  - 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
  - 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 à la Mairie de Saint André de la Roche et sont utilisées dans le logiciel Civil net enfance du sous-traitant 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](mailto:protectiondesdonnees@svdb.fr)*

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, 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](http://www.cnil.fr))

## RÉGLEMENT

### Les parents s'engagent à :

- Expliquer à leur enfant le contenu de la charte du vivre ensemble.
- Aider et accompagner leur enfant à respecter la charte.
- Collaborer avec l'équipe d'animation dans l'intérêt des enfants.

### Les enfants s'engagent à :

- Respecter les règles de vie établies dans la charte du vivre ensemble.

### Les sanctions en cas de non-respect de la Charte

**Sur l'ensemble des temps : restauration, périscolaire, extrascolaire, et activités sportives et de loisirs :**

**1<sup>er</sup> avertissement** : Les parents sont informés par téléphone et par écrit dans le cahier de liaison par le responsable.

**2<sup>ème</sup> avertissement** : Les parents sont convoqués par le responsable pour un rendez-vous.

**3<sup>ème</sup> avertissement** : Les parents sont informés par écrit par le Président du SIVoM Val-de-Banquièrre.

Un rendez-vous avec les responsables de l'animation et un Élu peut être proposé.

**4<sup>ème</sup> avertissement** : Les parents reçoivent un courrier en recommandé avec accusé de réception, signé par le Président du SIVoM Val-de-Banquièrre, leur signifiant une exclusion temporaire de leur enfant de la restauration scolaire et/ou des activités périscolaires, extra scolaires, activités sportives et de loisirs (de 2 à 5 jours).

**5<sup>ème</sup> avertissement** : Les parents reçoivent un courrier en recommandé avec accusé de réception signé par le Président du SIVoM Val-de-Banquièrre leur signifiant une exclusion définitive de leur enfant de la restauration scolaire et/ou des activités périscolaires, extra scolaires, activités sportives et de loisirs.

Signature des Parents

Signature de l'enfant



# CHARTE DU VIVRE ENSEMBLE

(Document à conserver)





## Je ne dois pas...



***Crier sur mes camarades et les adultes***



***Me moquer et insulter mes camarades et les adultes***



***Me bagarrer avec mes camarades***



***Courir dans les couloirs et dans les salles***



***Bousculer mes camarades et les adultes***



***Abîmer le matériel***



## Je dois...



***Demander la parole et être capable d'écouter les autres***



***Parler calmement et poliment à mes camarades et aux adultes***



***Écouter et appliquer les règles et les consignes données par les adultes***



***Ranger mes affaires***



***Respecter mon environnement***



***Appliquer l'ensemble de ces règles de vie profiter pleinement des activités qui me sont proposées et mieux vivre ensemble***

