

# COMMUNE DE ROMAGNAT

## SERVICE EDUCATION / JEUNESSE

### DOSSIER UNIQUE DE RÉINSCRIPTION

Réservé à la mairie  PAI  VAC  PVT  A-ES  HS-A  D-A  
 FS  JD...  A-RC  HS-R  D-R

### Compléter un dossier PAR ENFANT et le retourner avant le 7 juin 2025

✍ déposer ou envoyer en mairie de Romagnat – château de Bezance – 63540 Romagnat

✉ compléter le formulaire en ligne et envoyer le par courriel avec les pièces à joindre numérisées à [portail.famille@ville-romagnat.fr](mailto:portail.famille@ville-romagnat.fr)

## ■ ECOLE ET CLASSE FREQUENTEE A LA RENTREE 2025

Jacques-Prévert  Louise-Michel  Boris-Vian  
 MS  GS  CE1  CE2  CM1  CM2

## ■ ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

J'autorise mon enfant (uniquement plus de 6 ans) à partir seul

## ■ FAMILLE

### RESPONSABLE 1

Autorité parentale  oui  non

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Code postal .....

Ville.....

Téléphone portable .....

Courriel .....

### RESPONSABLE 2

Autorité parentale  oui  non

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Code postal .....

Ville .....

Téléphone portable .....

Courriel .....

---

## ■ DECLARATION

---

Je soussigné(e) .....

m'engage à vérifier et à modifier toutes les informations relative à mes coordonnées, à ma situation familiale, professionnelle, financière ou d'allocataire CAF ou MSA, à l'état de santé de mon enfant, personnes habilitées à récupérer les enfants sur le portail famille **avant le 7 juin 2025** et dès qu'un changement intervient **en cours d'année**. Je déclare sur l'honneur exacts tous les renseignements portés sur ce formulaire.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées et la ville de Romagnat à utiliser tous moyens de transports en référence à la législation Jeunesse et Sports, afin de permettre le déroulement des sorties et des navettes écoles/restaurant scolaire.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs des différents services (à consulter sur le site [www.ville-romagnat.fr](http://www.ville-romagnat.fr) ou à retirer en mairie) et pour lesquels je demande l'inscription de mon (mes) enfant(s) et déclare en accepter les modalités.

Je m'engage à payer l'intégralité du montant dû incombant à la famille.

Je m'engage également à envoyer les pièces justificatives suivantes (soit par mail sur [portail.famille@ville-romagnat.fr](mailto:portail.famille@ville-romagnat.fr), soit au secrétariat du service enfance/jeunesse) **avant le jour de la rentrée scolaire 2025-2026**.

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Copies des attestations d'assurance scolaire et extrascolaire et responsabilité civile et individuelle accident
- Copie du carnet de vaccination et copie du PAI si concerné
- Pour les familles résidant à l'extérieur de la commune et dont au moins un des parents travaille à Romagnat, certificat de l'employeur
- En cas de divorce ou de séparation des parents, copie de la décision de justice ou de l'ordonnance de séparation mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale

Date

Signature du représentant légal

Signature du 2<sup>e</sup> représentant légal

*Obligatoire en cas de divorce ou de séparation*

---

## ■ PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

---

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données), nous vous informons que la ville de Romagnat met en œuvre des traitements de données à caractère personnel pour la gestion des inscriptions aux services périscolaires et extrascolaires. Les destinataires des données sont :

- les personnels des organismes concernés chargés des opérations administratives et comptables et leurs supérieurs hiérarchiques;
- les services du comptable public ou des établissements bancaires financiers ou postaux concernés par les opérations de mise en recouvrement ;
- les services de l'Etat habilités à exercer un contrôle en la matière ;
- les officiers publics ou ministériels ;
- les caisses d'allocations familiales (CAF) et la CNAF, à des seules fins statistiques ou de recherche scientifique ;
- l'Education nationale (directeur d'école) pour les données concernant l'identité de l'enfant, les informations concernant la famille, la sortie de l'enfant, le droit à l'image et les informations sanitaires ;

La durée de conservation des informations est liée à celle de la validité de l'inscription, les données sont archivées selon les directives du Code du Patrimoine.

Les personnes disposent d'un droit d'accès et de rectification et d'effacement des informations qui les concernent, d'un droit d'opposition pour des motifs légitimes, d'un droit à la limitation du traitement et d'un droit de réclamation auprès de la CNIL. Elles peuvent exercer ces droits en s'adressant au délégué à la protection des données au 04 63 66 96 46 ou par courriel à [cnil@ville-romagnat.fr](mailto:cnil@ville-romagnat.fr).

# COMMUNE DE ROMAGNAT

## SERVICE EDUCATION / JEUNESSE

### INFORMATIONS SANITAIRES

#### ■ ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

fille

garçon

#### RESPONSABLE 1

#### RESPONSABLE 2

Nom ..... Nom .....

Tél. .... Tél. ....

#### ■ AUTRES CONTACTS

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone	Appel en cas d'urgence	Autorisé à récupérer l'enfant
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ■ VACCINATION

Tous les vaccins suivants sont obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018.

Les trois premiers vaccins sont obligatoires pour les enfants nés avant 2018

#### Joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant

Votre enfant est-il vacciné contre :

<b>Diphtérie</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Rougeole oreillons rubéole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Tétanos</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Poliomyélite</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Méningocoque C	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Haemophilus influenzae B	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pneumocoque	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

---

## ■ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

---

Régime alimentaire particulier  sans viande

### Protocole d'accueil individualisé (PAI)

Votre enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ?

non  PAI alimentaire (*joindre la copie du PAI*)  PAI non alimentaire (*joindre la copie du PAI*)

### Autres

Votre enfant porte ?

- |                        |                              |                              |                            |                              |                              |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ▪ des lunettes         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | ▪ des lentilles de contact | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ▪ un appareil dentaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | ▪ des diabolos             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ▪ un appareil auditif  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |                            |                              |                              |

Votre enfant est porteur d'un handicap ?  oui  non

---

## ■ MEDECIN TRAITANT

---

Nom et prénom ..... Téléphone .....

---

## ■ AUTORISATION ET DECLARATION

---

- J'autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche.

Date

Signature du représentant légal

Signature du 2<sup>e</sup> représentant légal

*Obligatoire en cas de divorce ou de séparation*