



Saisi par : _____

Date : _____

Date de rentrée prévue : _____

N° famille : _____

Fiche de renseignements - Année scolaire 2025-2026

Enfant

Nom(s) Prénom(s) _____ Sexe F ☐ M ☐

Né(e) le _____ à _____ Pays _____

Ecole souhaitée _____ Fréquentée _____ Classe _____

Filière monolingue français ☐Filière bilingue français / breton ☐ (écoles concernées : Yves Le Manchec, Jacques Prévert, Edmond Michelet)

Foyer de l'enfant (lieu de vie)

Adresse : _____

1^{er} adulte du foyerMère ☐ Père ☐

Nom(s) _____

Nom de naissance _____

Prénom(s) _____

Date de naissance _____

Courriel * _____

Tél. domicile _____

Tél. portable * _____

Tél. professionnel _____

Profession _____

Nom de l'employeur _____

Catégorie socio-professionnelle *** ☐2^{ème} adulte du foyerPère ☐ Mère ☐ Conjoint Adulte 1 ☐

Nom(s) _____

Nom de naissance _____

Prénom(s) _____

Date de naissance _____

Courriel * _____

Tél. domicile _____

Tél. portable * _____

Tél. professionnel _____

Profession _____

Nom de l'employeur _____

Catégorie socio-professionnelle *** ☐

Situation familiale (entourez la mention) : marié / concubinage / pacsé / séparé / divorcé ** / parent isolé / veuf(ve)

* La communication par mail ou SMS est exclusivement en lien avec l'accueil de votre (vos) enfant(s). Les données sont destinées à la direction enfance de la ville de Quimper et sont conservés jusqu'aux 12 ans de l'enfant. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition pour motif légitime. Pour faire valoir ces droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de la ville de Quimper à l'adresse électronique dpo@quimper.bzh. »

** dans le cas où une décision de justice est intervenue, merci de fournir la copie du jugement concernant les dispositions relatives à la garde de l'enfant

Autorité parentale (si différente des informations ci-dessus)

M. ☐ Mme. ☐ Nom(s) Prénom(s) AdresseM. ☐ Mme. ☐ Nom(s) Prénom(s) Adresse

1 - Agriculteurs et éleveurs (salariés de leur exploitation)

2 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprises salariés de leur entreprise (+ 10 salariés)

3 - Cadres et professions intellectuelles supérieures

4 - Professions intermédiaires (professeurs des écoles et professions assimilées, santé, travail social, clergé, professions intermédiaires administratives de la fonction publique, professions intermédiaires et commerciales des entreprises, technicien sauf secteur tertiaire, contremaîtres, et agents de maîtrise)

5 - Employés (civils et agents de la fonction publique, agents de surveillance, employés administratifs d'entreprise, de commerce, services directs aux particuliers)

6 - Ouvriers (qualifiés type industriel et type artisanal, chauffeurs, du magasinage, du transport, non qualifiés de type industriel et artisanal, ouvriers agricoles et assimilés)

7 - Retraités

8 - Sans activité professionnelle

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant et/ou autres personnes à contacter (1 personne par ligne)				
Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone 1	Téléphone 2

Renseignements pour le calcul du tarif *

Allocataire CAF du Finistère - numéro : _____

*Votre numéro d'allocataire CAF permet à la collectivité de définir votre quotient familial afin d'établir vos tarifs. Dans tous les cas, la collecte des données à laquelle nous procédons se limite strictement à des données dont l'usage est exclusivement lié à l'inscription de votre enfant aux activités périscolaires.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergie(s) alimentaire(s) *** _____

Allergie(s) non alimentaire(s) *** _____

Protocole d'accueil individualisé existant (PAI)

Oui ☐ Non ☐

*** Prendre impérativement contact avec le centre médico scolaire
71 avenue Jacques Le Viol 29000 Quimper / 02 98 53 61 37

Trousse de soins (contenu) _____

Handicap(s) _____

Reconnaissance MDPH

Oui ☐ Non ☐

Pathologie(s) _____

Appareillage (lunettes,...) _____

Vaccins à jour

Oui ☐ Non ☐

Fournir obligatoirement une copie des pages de vaccination du carnet de santé sur lesquelles apparaissent le nom de l'enfant / ou un certificat de vaccination du médecin.

Observations particulières _____

Autres _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal disposant

de l'autorité parentale de l'enfant, _____

- l'autorise à être passager dans les véhicules utilisés pour les activités ou pour les transports d'urgence,
- autorise le responsable des temps périscolaires et des accueils de loisirs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- l'autorise à participer à toutes les activités proposées,

Autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur tout support visuel (photographies, films CD rom, ...) pour la promotion des activités municipales et pour l'ensemble des supports de communication de la ville.

Oui ☐ Non ☐

A _____, le _____

Signature :

Les informations personnelles communiquées par les familles dans le cadre de l'accueil de leur sont enregistrées dans un fichier informatisé par la ville de Quimper. Ces données sont utilisées pour contacter les familles, traiter leur(s) demandes(s) et réaliser des statistiques. Elles sont conservées sur la durée de fréquentation des services de la petite enfance et de l'enfance. Pendant cette période, les services assureront leur sécurité et leur confidentialité. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (entré en application le 25 mai 2018), les familles bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de leurs données ou encore de limitation de leur traitement. Les familles peuvent, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer leurs droits en envoyant une demande au service facturation enfance, 44 place St Corentin – 29107 Quimper cedex.