



Fiche de renseignements - Année scolaire 2026-2027

Enfant			
Nom(s) Prénom(s) _____		Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Né(e) le _____	à _____	Pays _____	
Ecole souhaitée _____	Fréquentée _____	Classe _____	
Filière monolingue français <input type="checkbox"/> Filière bilingue français / breton <input type="checkbox"/> (écoles concernées : Y. Le Manhec, J. Prévert, Ed. Michelet)			

Foyer de l'enfant (lieu de vie)	
Adresse : _____	

1 ^{er} adulte du foyer	2 ^{ème} adulte du foyer
Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Conjoint Adulte 1 <input type="checkbox"/>
Nom(s) _____	Nom(s) _____
Nom de naissance _____	Nom de naissance _____
Prénom (s) _____	Prénom (s) _____
Date de naissance _____	Date de naissance _____
Pays de naissance _____	Pays de naissance _____
Ville de naissance _____	Ville de naissance _____
Courriel * _____	Courriel * _____
Tél. domicile _____	Tél. domicile _____
Tél portable * _____	Tél portable * _____
Profession _____ Tél. prof : _____	Profession _____ Tél. prof : _____
Nom de l'employeur _____	Nom de l'employeur _____
Catégorie socio-professionnelle *** <input type="checkbox"/>	Catégorie socio-professionnelle *** <input type="checkbox"/>

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. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/>	Nom(s)	Prénom(s)	Adresse
M. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/>	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 ...) 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 enfant sont enregistrées dans un fichier informatisé par la ville de Quimper. 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.