



# Fiche familiale

## Année scolaire 2023–2024

À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE

SERVICE DE L'ENFANCE

Dossier suivi par : Amélie Ponchel

☎ 03 28 82 91 60 | enfance@sequedin.fr

Allocataire CAF : Nom : ..... N° allocataire : .....

### 1 | Les représentants légaux

#### Représentant légal 1 : (titulaire par son adresse mail de l'identifiant de l'espace famille)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Portable : ..... Bureau : .....

Courriel : ..... (écrire lisiblement s'il vous plaît)

#### Représentant légal 2 :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Portable : ..... Bureau : .....

Courriel : ..... (écrire lisiblement s'il vous plaît)

### 2 | Les enfants

#### Enfant 1 :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....

Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande

PAI (médicamenteux)

#### Enfant 2 :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....

Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande

PAI (médicamenteux)

#### Enfant 3 :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....

Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande

PAI (médicamenteux)

### **Adolescent 1:**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....  
Portable : ..... Courriel : .....  
Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande  
 PAI (médicamenteux)

### **Adolescent 2:**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / 20..... Classe : .....  
Portable : ..... Courriel : .....  
Repas particulier :  Panier repas PAI (allergie alimentaire)  Sans porc  Sans viande  
 PAI (médicamenteux)

## **3 | Les protections des données**

---

Je consens / nous consentons à ce que ces données soient traitées par le *service Enfance* de la ville de Sequedin.

Les représentants légaux sont tenus d'informer les personnes autorisées à reprendre leur(s) enfant(s) dans les structures municipales de leurs droits au regard RGPD (informations ci-dessous).

Au regard du Règlement général sur la protection des données (RGPD du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018) ; les informations recueillies dans ce formulaire sont collectées par la mairie de Sequedin pour la mise en œuvre des activités périscolaires et extrascolaires.

Ces données font l'objet d'un traitement informatique. Elles sont conservées 2 ans (papier), augmenté de 3 ans (numérisées) pour les contrôles de la CAF.

Vous disposez sur les données collectées au titre du présent formulaire d'un droit d'accès, de rectification, d'un droit à la limitation, d'un droit d'opposition et d'un droit d'effacement. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données de votre commune par mail [dpd-mutualises@lillemetropole.fr](mailto:dpd-mutualises@lillemetropole.fr) ou par voie postale à l'adresse suivante : Métropole Européenne de Lille – Direction MODOP- Service « Données - RGPD mutualisé » 2 boulevard des Cités Unies CS 70043 59040 LILLE CEDEX.

Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL via leur site internet [CNIL](http://www.cnil.fr).

Les représentants légaux s'engagent par ailleurs à communiquer à la Commune, sans délai, toute modification sur la situation en lien avec les fiches (A, B et C).

Les représentants légaux certifient l'exactitude des renseignements fournis et nous engageons à informer le service de l'enfance des éventuelles modifications de situation.

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

Signatures :

Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 :



**FICHE A**  
**Fiche individuelle d'autorisations**  
**Année scolaire 2023–2024**

**À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE**

École Paul-Godin  École Félix-Vanoverschelde  
 Classe : ..... Nom de l'enseignant(e) : .....

Sequedinois fréquentant uniquement les accueils de loisirs  
 Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / 20.....  
 Repas particulier :  Panier repas PAI  Sans porc  Sans viande

PAI (médicamenteux)  
 Nous soussignés, représentants légaux, .....,  
 de l'enfant indiqué ci-dessus, autorisons :

1. le personnel des structures d'accueil (restauration scolaire, accueil périscolaire, accueils de loisirs ou accueil péri-ALSH) à prendre des photos ou des vidéos de mon enfant pouvant servir à la **réalisation d'activités, expositions ou projection de films** dans les **structures d'accueil des enfants**.  
 .....  Oui  Non  
*Les vidéos et photos sur lesquelles les enfants sont reconnaissables/identifiables ne sont pas utilisées pour la communication de la commune afin de préserver leur e-réputation (diffusion sur internet, Facebook, etc).*
2. notre enfant à participer aux déplacements et aux sorties encadrées avec ou sans transport par les agents communaux .....  Oui  Non
3. notre enfant âgé de plus de 6 ans à repartir seul après l'accueil périscolaire, l'accueil de loisirs ou l'accueil péri-ALSH.....  Oui  Non
4. les personnes suivantes à venir reprendre notre enfant au sein des structures municipales :

M. et/ou M <sup>me</sup>	Numéros de téléphone
	Tel 1 : ..... Tel 2 : .....
	Tel 1 : ..... Tel 2 : .....
	Tel 1 : ..... Tel 2 : .....

Toute personne âgée de plus de 12 ans venant chercher l'enfant doit figurer sur le tableau ci-dessus. À défaut, elle devra présenter sa carte d'identité et une décharge signée par le représentant légal de l'enfant au personnel d'encadrement.

Nous certifions l'exactitude des renseignements fournis et attestons avoir pris connaissance du document de l'accueil périscolaire relatif aux règles de vie.

Date : ..... / ..... / .....      Signatures :

Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 :
------------------------	------------------------



**FICHE B**  
**Fiche individuelle de santé**  
**Année scolaire 2023–2024**

**À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE**

**1 | Vaccinations**

Nous soussignés, représentants légaux de ..... Né(e) le :...../...../....., parents de l'enfant indiqué ci-dessus, certifions que ses vaccins sont à jour.

Le calendrier des vaccinations 2023 est disponible sur le site du ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html](http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html). Si votre enfant est né avant 2018, trois vaccins (DTP) sont obligatoires pour son admission en collectivité. Vous devez présenter les pages vaccination de son carnet de santé ou tout document du professionnel de santé attestant la réalisation de ces vaccins. Photocopies du carnet de vaccination à joindre à cette fiche.

**2 | Renseignements médicaux**

L'enfant suit-il un traitement médical ?     Oui     Non

Si oui, veuillez 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 administré sans ordonnance.

**Allergies :**

- Protocole d'accueil individualisé (PAI) alimentaire .....  Oui     Non
  - Protocole d'accueil individualisé (PAI) autre.....  Oui     Non
  - Asthme.....  Oui     Non
  - Médicamenteuses .....  Oui     Non
  - Alimentaires.....  Oui     Non
- Autres : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....  
.....

**Difficultés de santé :**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (exemple : maladie chronique nécessitant une attention particulière, crises convulsives, etc.) en précisant les précautions à prendre :

.....  
.....

**Recommandations utiles des responsables :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou autre(s) ?.....  Oui     Non

Si oui, merci de préciser : .....

.....

.....

### 3 | Représentants légaux de l'enfant

---

#### **Représentant légal 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Portable : ..... Bureau : .....

#### **Représentant légal 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Portable : ..... Bureau : .....

Nous soussignés, représentants légaux notre enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons la prise en charge de l'enfant par les services des pompiers ou SAMU qui prennent, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de notre enfant.

Nous nous engageons par ailleurs à communiquer à la Commune, sans délai, toute modification sur la situation de notre enfant en lien avec cette fiche individuelle de santé.

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

Signatures :

Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 :
------------------------	------------------------



# Convention de prélèvement automatique pour les activités périscolaires Année scolaire 2023–2024

## UNIQUEMENT POUR LES NOUVELLES FAMILLES

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE)

Entre :

**La Commune de Sequedin**, 5 rue du Marais à Sequedin (59320), représentée par Christian LEWILLE en sa qualité de Maire, ci-après dénommée « la Commune » ;

Et :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

ci-après dénommé(e) « l'intéressé » ;

Il est convenu ce qui suit :

### Article 1 | Dispositions générales

---

Le règlement par prélèvement automatique est effectué uniquement pour les activités périscolaires (**restauration scolaire** et de **l'accueil périscolaire**) de la Commune.

Le prélèvement mensuel automatique sur compte bancaire ou postal de l'intéressé s'effectue en année scolaire, soit d'octobre à juillet.

### Article 2 | Avis d'échéance

---

Un avis d'échéance sera établi par le régisseur de la Commune en fonction des réservations faites par l'intéressé et validé par les deux parties.

### Article 3 | Date et montant du prélèvement

---

Le montant prélevé sera calculé en fonction des réservations du (des) enfant(s) aux activités de restauration scolaire et de l'accueil périscolaire durant la période scolaire et en fonction du quotient familial.

Le prélèvement interviendra aux environs du 10 du mois (règlement au mois échu).

### Article 4 | Échéances impayées

---

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte de l'intéressé, il ne sera pas représenté.

La régularisation devra alors être opérée par vos soins auprès de la direction générale des finances publiques.

## **Article 5 | Changement de domiciliation**

---

Pour que tout changement de domiciliation bancaire ou postale soit effectif, l'intéressé devra faire parvenir une nouvelle autorisation de prélèvement accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal au plus tard le dernier jour du mois qui précède le prochain prélèvement en prévenant le régisseur de la Commune.

## **Article 6 | Durée**

---

La durée de la présente convention est fixée à un an renouvelable par tacite reconduction.

## **Article 7 | Résiliation**

---

Il est possible d'interrompre la convention à tout moment sur simple demande écrite et après avis du régisseur de la Commune.

Il sera mis fin automatiquement à la convention après deux rejets consécutifs de prélèvement.

## **Article 8 | Recours**

---

Toute contestation amiable est à adresser à M. le Maire. Cette contestation ne suspend pas le délai de saisine de la juridiction compétente.

En vertu de l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales, l'intéressé peut, dans un délai de deux mois suivant la réception de la facture, contester la somme en saisissant directement le tribunal administratif de Lille.

## **Article 9 | Élection de domicile**

---

M. le Maire fait état de domicile en mairie de Sequedin, 5 rue du Marais à Sequedin (59320).

Le Maire,

Christian LEWILLE

Bon pour accord de prélèvement

À Sequedin le .....

L'intéressé :



## Demande de prélèvement automatique Année scolaire 2023–2024

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

<b>Nom, prénom et adresse du débiteur :</b>	<b>Désignation de l'établissement teneur du compte à débiter :</b>
<b>Compte à débiter :</b> Codes Établissement Guichet N° du compte Clé RIB	<b>Nom, prénom et adresse du créancier :</b> Mairie de Sequedin 5 rue du Marais 59320 Sequedin

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

Signatures :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès du créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1<sup>er</sup> avril 1989 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

---

## Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

<b>Nom, prénom et adresse du débiteur :</b>	<b>Nom et adresse du créancier :</b> Mairie de Sequedin 5 rue du Marais 59320 Sequedin
<b>Compte à débiter :</b> Codes Établissement Guichet N° du compte Clé RIB	<b>Nom et adresse de votre banque ou CCP où se feront les prélèvements :</b> Nom : N° :    Rue : Code postal :                    Commune :

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

Signatures :

Veuillez renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE).



Sequedin, le 3 août 2023

**Le Maire de Sequedin**

aux

**Parents**

**SERVICE DE L'ENFANCE**

Dossier suivi par : Amélie Ponchel

☎ 03 28 82 91 60 | enfance@sequedin.fr

Objet : Rentrée scolaire 2023-2024 : Activités Municipales

Chers Parents,

La version dématérialisée prévue pour septembre de l'espace famille n'est pas livrée.

Nous devons mettre en place une nouvelle procédure de réinscription pour la rentrée de septembre.

La Commune de Sequedin accueillera sûrement votre (vos) enfant (s) dans le cadre d'une ou plusieurs de ses activités :

Périscolaires : restauration scolaire, accueil périscolaire (garderie avant ou après l'école)

Extrascolaires accueil de loisirs des 4-12 ans pour les petites vacances scolaires, accueil de loisirs des 4-13 ans pour les vacances scolaires d'été ou péri-ALSH (garderie avant ou après l'accueil de loisirs).

**L'accès à votre « espace famille » sera possible qu'après :**

- Réception du coupon réponse ci-dessous complété et envoyé par courriel (enfance@sequedin.fr) ou déposé en mairie.

Une version papier est disponible en Mairie.

Restant à votre entière disposition, nous vous remercions d'avance de votre compréhension et comptons sur votre collaboration.



**COUPON - RÉPONSE : RENTREE SCOLAIRE 2023 - 2024**

Nous soussignés, représentants légaux, .....,  
De(s) enfant(s) indiqué(s) ci-dessous :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Certifions qu'il n'y a eu aucune modification depuis le dossier administratif 2022-2023.

Celui-ci est reconduit à l'identique pour l'année scolaire 2023-2024.

Date : ..... / ..... / 2023

Signatures :

Représentant légal 1 :

Représentant légal 2 :

--	--



**FICHE C**  
**Fiche individuelle d'autorisations**  
**Accueil de Loisirs Jeunes**  
**Année 2023 - 2024**

**À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE**

Nom et prénom de l'adolescent : .....

Date de naissance de l'adolescent : ..... / ..... / 20.....

Repas particulier :       Panier repas PAI       Sans porc       Sans viande

Nous soussignés, représentants légaux, .....,  
de l'enfant indiqué ci-dessus, autorisons :

1. le personnel de la structure d'accueil (accueil de loisirs jeunes) à prendre des photos ou des vidéos de mon adolescent pouvant servir à la **réalisation d'activités, expositions ou projection de films** dans la **structure d'accueil des adolescents**. .....  Oui  Non  
*Les vidéos et photos sur lesquelles les adolescents sont reconnaissables/identifiables ne sont pas utilisées pour la communication de la commune afin de préserver leur e-réputation (diffusion sur internet, Facebook, etc).*
2. notre adolescent à participer aux déplacements et aux sorties encadrées avec ou sans transport par les agents communaux et / ou le personnel vacataire .....  Oui  Non
3. notre adolescent à participer au temps libre organisé durant les activités de l'accueil de loisirs jeunes..... Oui  Non
4. notre adolescent à repartir seul après les activités de l'accueil de loisirs jeunes  Oui  Non
5. les personnes à prévenir en cas d'urgence (si différentes des représentants légaux) :

M. et/ou M <sup>me</sup>	Numéros de téléphone
	Tel 1 : ..... Tel 2 : .....
	Tel 1 : ..... Tel 2 : .....
	Tel 1 : ..... Tel 2 : .....

Nous certifions l'exactitude des renseignements fournis et nous nous engageons à prévenir :

La directrice ou le directeur de l'accueil de loisirs jeunes, au 06-66-51-16-08

Ou

Le service enfance de la mairie, au 03-28-82-91-60 ou enfance@sequedin.fr

Dans le cas où notre adolescent ne serait pas présent à l'accueil de loisirs jeunes.

Date : ..... / ..... / 20.....	Signatures :	Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 :
Adolescent 1 :	Adolescent 2 :	Adolescent 3 :	



**FICHE D**  
**Fiche individuelle de santé**  
 Accueil de Loisirs Jeunes  
 Année 2023 - 2024

À RENDRE EN MAIRIE DUMENT COMPLÉTÉE

**1 | Vaccinations**

Nous soussignés, représentants légaux de ..... ,  
 parents de l'adolescent indiqué ci-dessus, certifions que ses vaccins sont à jour.  
 Le calendrier des vaccinations 2023 est disponible sur le site du ministère de la Santé :  
[www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html](http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html). Vous devez présenter les pages vaccination de son carnet de  
 santé ou tout document du professionnel de santé attestant la réalisation de ces vaccins.  
**Photocopies du carnet de vaccination à joindre à cette fiche.**

**2 | Renseignements médicaux**

L'adolescent suit-il un traitement médical ?  Oui  Non  
 Si oui, veuillez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments  
 dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'adolescent avec la notice). Aucun médicament ne pourra  
 être administré sans ordonnance.

**Allergies :**

- Protocole d'accueil individualisé (PAI) alimentaire .....  Oui  Non
  - Protocole d'accueil individualisé (PAI) autre.....  Oui  Non
  - Asthme.....  Oui  Non
  - Médicamenteuses .....  Oui  Non
  - Alimentaires.....  Oui  Non
- Autres : précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....  
 .....

**Difficultés de santé :**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (exemple : maladie chronique nécessitant une attention particulière,  
 crises convulsives, etc.) en précisant les précautions à prendre :

.....  
 .....

**Recommandations utiles des responsables :**

Votre adolescent porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou  
 autre(s) ?.....  Oui  Non

Si oui, merci de préciser : .....

.....  
 .....

### 3 | Représentants légaux de l'adolescent

---

#### **Représentant légal 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Portable : ..... Bureau : .....

#### **Représentant légal 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Portable : ..... Bureau : .....

Nous soussignés, représentants légaux notre adolescent, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons la prise en charge de l'adolescent par les services des pompiers ou SAMU qui prendront, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de notre adolescent.

Nous nous engageons par ailleurs à communiquer à la Commune, sans délai, toute modification sur la situation de notre enfant en lien avec cette fiche individuelle de santé.

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

Signatures :

Représentant légal 1 :	Représentant légal 2 :
------------------------	------------------------