

DOSSIER D'INSCRIPTION

SERVICES PÉRISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES ECOLE MAYNADYES

ANNEE SCOLAIRE
2024/ 2025



NOM DE FAMILLE DE(S) L'ENFANT(S) _____
PRÉNOM(S) _____

COMPOSITION ET SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE DU FOYER

REPRÉSENTANT LEGAL ①

NOM DE FAMILLE : _____

PRÉNOM : _____

Né(e) le ___ / ___ / _____

à _____

ADRESSE : _____

☎ Maison : ___/___/___/___/___ ☎ : ___/___/___/___/___

E-mail : _____@_____

Profession _____

EMPLOYEUR : _____

☎ ___/___/___/___/___ ☎ : ___/___/___/___/___

REPRÉSENTANT LEGAL ②

NOM DE FAMILLE : _____

PRÉNOM : _____

Né(e) le ___ / ___ / _____

à _____

ADRESSE : _____

☎ Maison : ___/___/___/___/___ ☎ : ___/___/___/___/___

E-mail : _____@_____

Profession _____

EMPLOYEUR : _____

☎ ___/___/___/___/___ ☎ : ___/___/___/___/___

COMPAGNIE D'ASSURANCE

NOM _____ Responsabilité Civile Individuelle

N° de contrat _____

ALLOCATIONS FAMILIALES

N°Allocataire de la CAF : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° MSA (Régime agricole) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DONNÉES PERSONNELLES (RGPD)

La Commune d'ONDRES collecte et traite vos données personnelles. Les données collectées sont conservées pendant le temps strictement nécessaire à l'accomplissement de la finalité pour laquelle elles ont été collectées.

Je soussigné(e) _____ représentant légal de l'enfant ou des enfants _____

J'accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants.

Je n'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants (*).

Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et de portabilité en vous adressant au service scolaire à l'adresse suivante scolaire@ondres.fr (en joignant une copie d'une pièce d'identité).

Le Délégué à la Protection des Données Personnelles est l'ALPI, 175, place de la caserne Bosquet 40000 Mont-de-Marsan que vous pouvez contacter pour tout renseignement complémentaire : dpo@alpi40.fr

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

IDENTITÉ DE VOTRE (VOS) ENFANT (S)

1^{er} ENFANT

NOM et Prénom _____ Né(e) le : ___/___/___ Classe : _____

SERVICES PÉRISCOLAIRES	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil périscolaire du matin (7h30 – 8h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauration scolaire (Toute annulation du repas (hors portail de la famille, hors sortie scolaire, hors grève du service) ne pourra être prise en compte que sur présentation d'un justificatif médical dans les 48 heures de l'absence de l'enfant.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport scolaire Arrêt : _____	Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I			
	Matin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil périscolaire du soir (16h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mercredi CENTRE DE LOISIRS Situé au bourg	
Journée complète (7h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée avec repas (7h30 – entre 13 & 14h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi avec repas (Entre 11h30 et 12h – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée sans repas (7h30 jusqu'à 12h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi sans repas (Entre 13 & 14h – 18h30)	<input type="checkbox"/>

Merci de bien vouloir noter que la validation des jours d'utilisation des services impliquera l'inscription à l'année sur ces jours. Pour les fréquentations occasionnelles, merci de bien vouloir les enregistrer sur le portail de la famille. (www.ondres.fr) au même titre que toute modification du planning ci-dessus.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM DU MÉDECIN TRAITANT _____ ☎ _____/_____/_____/_____/_____

L'enfant est-il à jour des vaccins Oui Non Précisez : _____

Allergie(s) alimentaire(s) Non Oui Précisez : _____

Allergie(s) médicamenteuse(s) Non Oui Précisez : _____

Allergie(s) autre(s) Non Oui Précisez : _____

Contre-indication médicale Non Oui Précisez : _____

J'autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

2^{ème} ENFANT

NOM et Prénom _____ Né(e) le : ___/___/___ Classe : _____

SERVICES PÉRISCOLAIRES	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil périscolaire du matin (7h30 – 8h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauration scolaire (Toute annulation du repas (hors portail de la famille, hors sortie scolaire, hors grève du service) ne pourra être prise en compte que sur présentation d'un justificatif médical dans les 48 heures de l'absence de l'enfant.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport scolaire Arrêt : _____	Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I			
	Matin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil périscolaire du soir (16h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mercredi CENTRE DE LOISIRS Situé au bourg	
Journée complète (7h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée avec repas (7h30 – entre 13 & 14h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi avec repas (Entre 11h30 et 12h – 18h30)	<input type="checkbox"/>
Matinée sans repas (7h30 jusqu'à 12h)	<input type="checkbox"/>
Après-midi sans repas (Entre 13 & 14h – 18h30)	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM DU MÉDECIN TRAITANT _____ ☎ _____/_____/_____/_____/_____

L'enfant est-il à jour des vaccins Oui Non Précisez : _____

Allergie(s) alimentaire(s) Non Oui Précisez : _____

Allergie(s) médicamenteuse(s) Non Oui Précisez : _____

Allergie(s) autre(s) Non Oui Précisez : _____

Contre-indication médicale Non Oui Précisez : _____

J'autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

NOM et Prénom _____ Né(e) le : ___/___/_____ Classe : _____

SERVICES PÉRISCOLAIRES	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Mercredi CENTRE DE LOISIRS Situé au bourg	
Accueil périscolaire du matin (7h30 – 8h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Restauration scolaire (Toute annulation du repas (hors portail de la famille, hors sortie scolaire, hors grève du service) ne pourra être prise en compte que sur présentation d'un justificatif médical dans les 48 heures de l'absence de l'enfant).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> P.A.I						
Transport scolaire						
Arrêt : _____	Matin <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Accueil périscolaire du soir (16h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					Journée complète (7h30 – 18h30)	<input type="checkbox"/>
					Matinée avec repas (7h30 – entre 13 & 14h)	<input type="checkbox"/>
					Après-midi avec repas (Entre 11h30 et 12h – 18h30)	<input type="checkbox"/>
					Matinée sans repas (7h30 jusqu'à 12h)	<input type="checkbox"/>
					Après-midi sans repas (Entre 13 & 14h – 18h30)	<input type="checkbox"/>



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM DU MÉDECIN TRAITANT _____ ☎ ___/___/___/___/___

- L'enfant est-il à jour des vaccins Oui Non Précisez : _____
- Allergie(s) alimentaire(s) Non Oui Précisez : _____
- Allergie(s) médicamenteuse(s) Non Oui Précisez : _____
- Allergie(s) autre(s) Non Oui Précisez : _____
- Contre-indication médicale Non Oui Précisez : _____

J'autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

AUTRES CONTACTS AUTORISÉS (à venir chercher et être prévenus en cas d'urgence)

	CONTACT 1	CONTACT 2	CONTACT 3	CONTACT 4
NOM D'USAGE				
Prénom				
				
				

Pour des raisons de traitement des informations et de gestion de la sécurité de votre enfant nous vous demandons de ne pas autoriser plus de quatre personnes (les responsables légaux n'étant pas à inscrire dans ce tableau).

Je dégage la Commune d'ONDRES de toutes responsabilités au moment de la prise en charge de mon (mes) enfant(s) par cette personne.

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) _____ représentant légal de
l'enfant ou des enfants _____

Autorise :

	Oui	Non
Mon enfant à participer à toutes les activités sportives ainsi qu'à toutes les sorties organisées pendant les temps péri et extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités péri et extrascolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon enfant à regagner seul mon domicile à la descente du transport scolaire (seuls les enfants scolarisés en élémentaire sont concernés).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tout changement de situation en cours d'année doit être impérativement signalé au Service des Affaires Scolaires

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription.

Fait à _____ le _____

Signature :

Je soussigné(e) _____ déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire – centre de loisirs que vous trouverez sur www.ondres.fr rubrique enfance

Ondres, le _____ 2024

Signature du père ou représentant légal
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature de la mère ou représentant légal
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

PIÈCES À JOINDRE :

- Une attestation d'assurance Responsabilité Civile.
- Photocopies des Avis d'imposition 2023 (revenus, 2022) seulement pour les nouvelles familles.
- Avis d'imposition 2024 (revenus 2023) dès réception POUR TOUTES LES FAMILLES.

En cas d'absence de ce document, le tarif maximum sera appliqué et aucun réajustement rétroactif ne sera accordé.

- Carte d'Identité Vacances CAF des Landes pour les familles concernées.
- RIB en cas de mise en place du prélèvement bancaire.