

COUVERTURE SOCIALE

Affiliation C.A.F, N° d'allocataire : _____ ou autre régime (préciser) _____

⇒ Joindre une attestation mentionnant votre numéro d'allocataire, disponible sur votre compte internet CAF ou sur demande auprès de la CAF ou un justificatif MSA, SNCF.

J'autorise la structure à consulter mon dossier allocataire sur le site CDAP OUI NON

Organisme d'Assurance : _____ N° de sociétaire : _____

⇒ J'atteste être à jour de la cotisation annuelle : OUI NON

VOTRE PREMIER ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/20____ Fille Garçon

Commune de naissance : _____ Département : _____ Pays : _____

Nationalité de l'enfant : Française Autre : _____

Adresse de l'enfant : _____

Niveau de la classe demandé à la rentrée 2022 : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Ados (Agé de 12 à 17 ans inclus ou collégiens et lycéens mineurs)

VOTRE SECOND ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/20____ Fille Garçon

Commune de naissance : _____ Département : _____ Pays : _____

Nationalité de l'enfant : Française Autre : _____

Adresse de l'enfant : _____

Niveau de la classe demandé à la rentrée 2022 : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Ados (Agé de 12 à 17 ans inclus ou collégiens et lycéens mineurs)

VOTRE TROISIEME ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/20____ Fille Garçon

Commune de naissance : _____ Département : _____ Pays : _____

Nationalité de l'enfant : Française Autre : _____

Adresse de l'enfant : _____

Niveau de la classe demandé à la rentrée 2022 : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Ados (Agé de 12 à 17 ans inclus ou collégiens et lycéens mineurs)

Le ou les parents déclare(nt) sur l'honneur l'exactitude des renseignements transmis et s'engage(nt) à signaler au service PEP28, tout changement de domicile ou de situation au cours de l'année scolaire.

Il est rappelé que l'utilisateur qui emploie un faux nom ou un faux état civil dans un acte public ou un document administratif destiné à l'autorité publique, qui produit une attestation ou un certificat falsifié, encourt les peines prévues au Code Pénal.

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER VOTRE (OU VOS) ENFANT(S) ET A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Tél : _____

MODES DE PAIEMENTS ACCEPTÉS PAR NOS SERVICES

- ⇒ En espèces
- ⇒ Par chèque à l'ordre des PEP28
- ⇒ Par chèque vacances ou CESU non dématérialisé
- ⇒ Par CB au siège des PEP28
- ⇒ Par CB sur votre Espace Famille

PIÈCES À PRÉSENTER OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :

Pour toutes les familles et quelle que soit l'inscription :

- Livret de famille uniquement pour la 1^{ère} inscription ou si évolution de la situation familiale
- Document attestant que toutes les vaccinations obligatoires sont à jour (carnet de santé de l'enfant ou certificat de vaccinations)
- Certificat médical, si contre-indication à certaines activités
- Acceptation du règlement de fonctionnement
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition connu (2021 sur les revenus de 2020)
- Attestation de numéro allocataire CAF, MSA ou autres

RÈGLES DE VIE / RÉGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Les enfants devront respecter les règles normales « dites de bonne conduite » : politesse, courtoisie, savoir-vivre, respect du matériel et des installations.

Conformément aux règlements de fonctionnement des activités consultables sur le site internet des PEP 28, www.pep28.org ainsi que dans les structures d'accueil.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

En l'absence de votre accord pour les trois premières coches, nous ne pourrions procéder à l'inscription de votre enfant conformément au règlement Européen UZ 2016/679 relatif à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

- En cochant cette case, j'ai pris connaissance des mentions d'information en annexe 1
- En cochant cette case, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées par les PEP28 pour la finalité principale et ses sous finalités précitées.
- En cochant cette case, j'autorise les PEP28 à m'envoyer des communications sur les activités périscolaires et extrascolaires sur le territoire.

Je soussigné(e), _____ titulaire de l'autorité parentale de(s) enfant(s) ci-dessus désigné(s) :

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur le document
- Atteste avoir pris connaissance du ou des règlement (s) de fonctionnement
- M'engage à signaler tout changement de situation
- M'engage à avoir pris connaissance de l'ensemble des données du présent dossier et de l'annexe 1
- M'engage à régler les prestations payantes auxquelles j'inscris mon / mes enfant(s)
- Autorise les encadrants des différentes activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de mon ou mes enfants

À _____, le ____ / ____ / ____ Signature du (des) titulaire (s) de l'autorité parentale :



ASSOCIATION DES PEP 28

ACCEPTATION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT ET AUTORISATION PARENTALE CONJOINTE POUR LES ACCUEILS DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (MERCREDIS ET VACANCES) LES ESPACES JEUNES (WEEK-END ET VACANCES)

Nous soussignons Madame....., Monsieur,
Demeurant à (adresse postale complète) :
Titulaire(s) de l'autorité parentale pour le ou les enfant(s) :

..... /
..... /

Autorisons l'Association Départementale des PEP 28 :

- A le ou les faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions des services de secours ou des médecins
- A le ou les faire participer à toutes les activités (sauf contre-indication médicale)
- A le ou les véhiculer avec les moyens de transports mis à disposition.

Autorisons **les personnes citées ci-après à venir chercher notre ou nos enfant(s) :**

NOM :	Prénom :	Tél :
NOM :	Prénom :	Tél :
NOM :	Prénom :	Tél :

Nous autorisons l'équipe d'animation :

*(**merci de cocher l'une des 2 mentions**)

- A prendre des photos pendant les activités, les sorties ou les fêtes, à titre gracieux, de mon enfant mineur et à utiliser son image pour nos différents outils de communication. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit commun, nous autorisons à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de la présente. Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement sous toute forme et tous supports connus à ce jour.

Nous n'autorisons pas l'équipe d'animation à photographier notre ou nos enfant(s)

Nous sommes informés que l'inscription de notre enfant fait l'objet d'un traitement informatisé et avons connaissance du fait que nous disposons d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données concernant notre enfant (article 34 de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978).

En cas de mesure d'exclusion de notre enfant pour raison disciplinaire, le montant versé restera dû en totalité.

Je / nous certifi(e) (ons) avoir pris connaissance, sign(e)(ons) et approuv(e)(ons) les règlements de fonctionnement de l'Association Départementale des PEP28.

Fait à _____, le _____

SIGNATURES

Date, noms et signatures des deux parents titulaire(s) de l'autorité parentale

En cas de séparation :

Je, soussigné(e) Madame/Monsieur

Demeurant à (adresse postale complète) :

.....
.....

m'engage à prévenir par tous les moyens à ma disposition (téléphone, courrier, sms, mail,...) le père, la mère, l'autre titulaire de l'autorité parentale (**rayez la mention inutile**) de l'inscription du ou des enfant(s) cité(s) ci-dessus aux activités, sorties et camps de l'Association des 28 aux conditions cochées par mes soins.

SIGNATURE

Date, nom et signature :

*Rayer les mentions inutiles.

PRESTATION SOUHAITÉE (1er enfant)

NOM : _____ PRENOM : _____ NE(E) LE : ____ / ____ / 20 ____

Accueil de loisirs (3-11 ans)

Les Accueils de Loisirs	Horaires :	Type de repas :	Adresses :
<input type="checkbox"/> AMILLY	7h30 - 18h30	Yvelines restauration <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Rue des Vauroux
<input type="checkbox"/> BAILLEAU-L'EVEQUE	7h30 - 18h30		Parc Olivier Gault
<input type="checkbox"/> DAMMARIE	7h30 - 18h30		Rue de la filerie
<input type="checkbox"/> SAINT-LEGER-DES-AUBEES	7h - 19h		2 rue Neuve
<input type="checkbox"/> BOUGLAINVAL	7h - 19h	La Normande <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	17 rue de Châteauneuf
<input type="checkbox"/> MAINTENON	7h - 19h	Resto'Val <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Ecole du Guéreau (3/5 ans) Ecole Collin d'Harleville (6/12ans)
<input type="checkbox"/> JOUY	7h - 19h	Restauration Chartres métropole <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	30 rue du Bout-aux-Anglois
<input type="checkbox"/> MORANCEZ	7h30 - 18h30		9 Rue de Chavannes
<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE	7h30 - 18h30		2 rue du Général-de-Gaulle
<input type="checkbox"/> SAINT PREST	7h - 19h		15 place Charles Moulin
<input type="checkbox"/> SOURS	7h30 - 18h30		Rue Louis Isambert

Espaces Jeunes (12-17 ans)

Les Espaces Jeunes	Horaires :	Type de repas :	Adresses :
<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE	7h30 - 18h30	Restauration Chartres métropole <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	2 rue du Général-de-Gaulle
<input type="checkbox"/> BAILLEAU-L'EVEQUE (Regroupement)			Parc Olivier Gault
<input type="checkbox"/> DAMMARIE	7h30 - 18h30	Yvelines restauration <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Rue de la filerie
<input type="checkbox"/> SOURS (Regroupement)			Rue Louis Isambert
<input type="checkbox"/> JOUY	7h - 19h	Restauration Chartres métropole <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Salle Multisports, Rue des Renardières
<input type="checkbox"/> MAINTENON (Regroupement)			Ecole Collin d'Harleville (6/12ans)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____

Médecin traitant	Nom :	Prénom:	Tél:
L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ou un suivi sanitaire particulier en cours ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, ces informations devront être portées à la connaissance de chaque directeur d'accueil de loisirs le 1 ^{er} jour d'accueil de l'enfant (fournir les informations sous enveloppe cachetée sur laquelle sera mentionnée « Suivi sanitaire » avec le nom et prénom de l'enfant ainsi que l'accueil. Exemple : "Suivi sanitaire NOM Prénom Accueil Dammarie »).		
L'enfant a-t-il une allergie ? Est-ce une allergie ? Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de validité : ____ / ____ / ____ En cas d'allergie ou prise de médicaments, il convient de mettre en place un PAI en contactant le directeur de l'accueil de loisirs		
L'enfant présente-t-il un handicap ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Veuillez contacter le directeur de l'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)		
L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des appareils auditifs ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Veuillez contacter le directeur de l'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)		
L'enfant nage-t-il ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

P.A.I / Allergie ou maladie chronique ou handicap ou prise de médicaments

Toute allergie dont alimentaire ou toute maladie chronique justifiée par une prescription médicale, doit être signalée au Directeur de l'Accueil de Loisirs ; en début d'année scolaire, et faire l'objet d'un P.A.I (Projet d'accueil individualisé). Si votre enfant bénéficiait d'un P.A.I l'année dernière, celui-ci devra être renouvelé et transmis au Directeur de l'Accueil de Loisirs. Le repas de substitution préparé par nos prestataires sera facturé au tarif en vigueur. Si le repas est fourni par les parents, le repas ne sera donc pas comptabilisé.

Je soussigné(e) _____, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, autorise en cas d'urgence le personnel de l'accueil de loisirs à contacter les services compétents pour toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : _____ le : _____ Signature(s) :

PRESTATION SOUHAITÉE (2ème enfant)

NOM : _____ PRENOM : _____ NE(E) LE : ____ / ____ / 20____

Accueil de loisirs (3-11 ans)

Les Accueils de Loisirs	Horaires :	Type de repas :	Adresses :
<input type="checkbox"/> AMILLY	7h30 - 18h30	Yvelines restauration <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Rue des Vauroux
<input type="checkbox"/> BAILLEAU-L'EVEQUE	7h30 - 18h30		Parc Olivier Gault
<input type="checkbox"/> DAMMARIE	7h30 - 18h30		Rue de la filerie
<input type="checkbox"/> SAINT-LEGER-DES-AUBEES	7h - 19h		2 rue Neuve
<input type="checkbox"/> BOUGLAINVAL	7h - 19h	La Normandie <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	17 rue de Châteauneuf
<input type="checkbox"/> MAINTENON	7h - 19h	Resto'Val <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Ecole du Guéreau (3/5 ans) Ecole Collin d'Harleville (6/12ans)
<input type="checkbox"/> JOUY	7h - 19h	Restauration Chartres métropole <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	30 rue du Bout-aux-Anglois
<input type="checkbox"/> MORANCEZ	7h30 - 18h30		9 Rue de Chavannes
<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE	7h30 - 18h30		2 rue du Général-de-Gaulle
<input type="checkbox"/> SAINT PREST	7h - 19h		15 place Charles Moulin
<input type="checkbox"/> SOURS	7h30 - 18h30		Rue Louis Isambert

Espaces Jeunes (12-17 ans)

Les Espaces Jeunes	Horaires :	Type de repas :	Adresses :
<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE <input type="checkbox"/> BAILLEAU-L'EVEQUE (Regroupement)	7h30 - 18h30	Restauration Chartres métropole <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	2 rue du Général-de-Gaulle Parc Olivier Gault
<input type="checkbox"/> DAMMARIE <input type="checkbox"/> SOURS (Regroupement)	7h30 - 18h30	Yvelines restauration <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Rue de la filerie Rue Louis Isambert
<input type="checkbox"/> JOUY <input type="checkbox"/> MAINTENON (Regroupement)	7h - 19h	Restauration Chartres métropole <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Salle Multisports, Rue des Renardières Ecole Collin d'Harleville (6/12ans)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	
Médecin traitant	Nom :	Prénom:	Tél:
L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ou un suivi sanitaire particulier en cours ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, ces informations devront être portées à la connaissance de chaque directeur d'accueil de loisirs le 1 ^{er} jour d'accueil de l'enfant (fournir les informations sous enveloppe cachetée sur laquelle sera mentionnée « Suivi sanitaire » avec le nom et prénom de l'enfant ainsi que l'accueil. Exemple : "Suivi sanitaire NOM Prénom Accueil Dammarie »).		
L'enfant a-t-il une allergie ? Est-ce une allergie ? Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de validité : ___ / ___ / ___ En cas d'allergie ou prise de médicaments, il convient de mettre en place un PAI en contactant le directeur de l'accueil de loisirs		
L'enfant présente-t-il un handicap ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Veuillez contacter le directeur de l'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)		
L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des appareils auditifs ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Veuillez contacter le directeur de l'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)		
L'enfant nage-t-il ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

P.A.I / Allergie ou maladie chronique ou handicap ou prise de médicaments

Toute allergie dont alimentaire ou toute maladie chronique justifiée par une prescription médicale, doit être signalée au Directeur de l'Accueil de Loisirs ; en début d'année scolaire, et faire l'objet d'un P.A.I (Projet d'accueil individualisé). Si votre enfant bénéficiait d'un P.A.I l'année dernière, celui-ci devra être renouvelé et transmis au Directeur de l'Accueil de Loisirs. Le repas de substitution préparé par nos prestataires sera facturé au tarif en vigueur. Si le repas est fourni par les parents, le repas ne sera donc pas comptabilisé.

Je soussigné(e) _____, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, autorise en cas d'urgence le personnel de l'accueil de loisirs à contacter les services compétents pour toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : _____ le : _____ Signature(s) :

PRESTATION SOUHAITÉE (3ème enfant)

NOM : _____ PRENOM : _____ NE(E) LE : ____ / ____ / 20____

Accueil de loisirs (3-11 ans)

Les Accueils de Loisirs	Horaires :	Type de repas :	Adresses :
<input type="checkbox"/> AMILLY	7h30 - 18h30	Yvelines restauration <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Rue des Vauroux
<input type="checkbox"/> BAILLEAU-L'EVEQUE	7h30 - 18h30		Parc Olivier Gault
<input type="checkbox"/> DAMMARIE	7h30 - 18h30		Rue de la filerie
<input type="checkbox"/> SAINT-LEGER-DES-AUBEES	7h - 19h		2 rue Neuve
<input type="checkbox"/> BOUGLAINVAL	7h - 19h	La Normandie <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	17 rue de Châteauneuf
<input type="checkbox"/> MAINTENON	7h - 19h	Resto'Val <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Ecole du Guéreau (3/5 ans) Ecole Collin d'Harleville (6/12ans)
<input type="checkbox"/> JOUY	7h - 19h	Restauration Chartres métropole <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	30 rue du Bout-aux-Anglois
<input type="checkbox"/> MORANCEZ	7h30 - 18h30		9 Rue de Chavannes
<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE	7h30 - 18h30		2 rue du Général-de-Gaulle
<input type="checkbox"/> SAINT PREST	7h - 19h		15 place Charles Moulin
<input type="checkbox"/> SOURS	7h30 - 18h30		Rue Louis Isambert

Espaces Jeunes (12-17 ans)

Les Espaces Jeunes	Horaires :	Type de repas :	Adresses :
<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE	7h30 - 18h30	Restauration Chartres métropole <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	2 rue du Général-de-Gaulle
<input type="checkbox"/> BAILLEAU-L'EVEQUE (Regroupement)			Parc Olivier Gault
<input type="checkbox"/> DAMMARIE	7h30 - 18h30	Yvelines restauration <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Rue de la filerie
<input type="checkbox"/> SOURS (Regroupement)			Rue Louis Isambert
<input type="checkbox"/> JOUY	7h - 19h	Restauration Chartres métropole <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> PAI	Salle Multisports, Rue des Renardières
<input type="checkbox"/> MAINTENON (Regroupement)			Ecole Collin d'Harleville (6/12ans)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	
Médecin traitant	Nom :	Prénom:	Tél:
L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ou un suivi sanitaire particulier en cours ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, ces informations devront être portées à la connaissance de chaque directeur d'accueil de loisirs le 1 ^{er} jour d'accueil de l'enfant (fournir les informations sous enveloppe cachetée sur laquelle sera mentionnée « Suivi sanitaire » avec le nom et prénom de l'enfant ainsi que l'accueil. Exemple : "Suivi sanitaire NOM Prénom Accueil Dammarie ").		
L'enfant a-t-il une allergie ? Est-ce une allergie ? Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date de validité : ___ / ___ / ___ En cas d'allergie ou prise de médicaments, il convient de mettre en place un PAI en contactant le directeur de l'accueil de loisirs		
L'enfant présente-t-il un handicap ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Veuillez contacter le directeur de l'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)		
L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des appareils auditifs ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Veuillez contacter le directeur de l'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)		
L'enfant nage-t-il ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

P.A.I / Allergie ou maladie chronique ou handicap ou prise de médicaments

Toute allergie dont alimentaire ou toute maladie chronique justifiée par une prescription médicale, doit être signalée au Directeur de l'Accueil de Loisirs ; en début d'année scolaire, et faire l'objet d'un P.A.I (Projet d'accueil individualisé). Si votre enfant bénéficiait d'un P.A.I l'année dernière, celui-ci devra être renouvelé et transmis au Directeur de l'Accueil de Loisirs. Le repas de substitution préparé par nos prestataires sera facturé au tarif en vigueur. Si le repas est fourni par les parents, le repas ne sera donc pas comptabilisé.

Je soussigné(e) _____, titulaire de l'autorité parentale de l'enfant, autorise en cas d'urgence le personnel de l'accueil de loisirs à contacter les services compétents pour toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : _____ le : _____ Signature(s) :



Annexe 1 Dossier d'inscription Famille

Protection des données personnelles

Mentions d'informations obligatoires

Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par les P.E.P 28.

Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour l'inscription, suivi et facturation des activités extrascolaires.

Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder 1 an en base active et 5 ans en base intermédiaire avant destruction. Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité au service au secrétariat des P.E.P 28 ainsi que les directeurs des ALSH et, le cas échéant, à nos cocontractants. Les cocontractants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).

Conformément à la loi « *informatique et libertés* » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

La mise à jour des informations recueillies dans ce questionnaire peut se faire directement auprès du secrétariat des P.E.P 28 (mail : standard@pep28.asso.fr).

De plus, vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits (accès, rectification, effacement, limitation du traitement) en contactant les délégués à la protection des données personnelles, par mail à l'adresse dpo@agglo-ville.chartres.fr.

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).