

DOSSIER INSCRIPTION UNIQUE 2024-2025

Accueils périscolaires matin / soir Restauration scolaire / Etudes surveillées Accueils de Loisirs mercredis / vacances scolaires



Cadre réservé à l'administration

ou manque

Visa PEP

Impôts

mail le:

CAF

RIB

Dossier complet

Justificatif domicile Livret de famille

Mandat prélèvement

À RETOURNER AVANT LE 14 JUIN 2024

AU PÔLE ADMINISTRATIF - GUICHET UNIQUE Place des Halles - 28000 CHARTRES

Tél: 02 37 23 40 00

Email: inscription.periscolaire@agglo-ville.chartres.fr

Un seul dossier par famille

Pour toutes activités régulières ou occasionnelles, ce présent dossier est à remplir obligatoirement pour l'année scolaire et devra être renouvelé chaque année.

PIÈCES À PRÉSENTER AU DOSSIER

→ Obligatoirement

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

- Justificatif de domicile au nom des parents datant de moins de 3 mois (hors facture téléphonie mobile)
- Livret de famille uniquement pour la 1ère inscription ou si évolution de la situation familiale
- 1 RIB par organisme (pour les prélèvements automatiques)

Complément pour les Accueils de Loisirs, matin, soir, mercredis et les vacances scolaires :

- 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
- Brevet de natation (uniquement pour les vacances scolaires et les mercredis)

→ Pour bénéficier du tarif dégressif (restauration scolaire, études surveillées, accueils de loisirs mercredis et vacances scolaires)

Uniquement pour les familles résidant à Chartres ou qui ont un enfant scolarisé en ULIS, en CHAD ou en CHAM

- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition connu
- Attestation de paiement CAF et/ou MSA (12 derniers mois perçus)

	COMPOSITION DU FO	VED ACTUEL DE	I 'ENEANT/	(6)
Titulaire de l'autorité parentale ①	Lien avec l'enfant : ☐ Mère ☐			
Nom		Nom de	naissance	
Prénom		Date et Lieu	de naissance	/ / à:
Situation familiale Vis-à-vis de l'enfant	☐ Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin☐ Isolé(e)/Veuf(ve)	(e)	☐ Séparé(e) ☐ Tuteur/Tu	/Divorcé(e)
Adresse	N° : Rue : Code postal :	Commune :		Apt :
Tél. Domicile			ortable	
Prestations familiales	☐ CAF	☐ MSA ement pour les inscri	iptions en accu	N° allocataire : ueils de loisirs
Assurance scolaire et/ou extrascolaire de l'enfant	·		contrat	
Courriel		@	☐ Je so	ouhaite recevoir mes factures par mail
Titulaire de l'autorité parentale ② et/ou Conjoint vivant au foyer	Lien avec l'enfant : □ Mère □	Père 🗖 Tuteur, Tutr	ice □ Autre (p	orécisez, :)
Nom		Nom de	naissance	
Prénom		Date de	naissance	/ /
Tél. Domicile		Tél. Pe	ortable	
Nombre de personnes vivant	au foyer de l'enfant Adu	lte(s):		Enfant(s):
		/É À L'ADMINISTRA		252.5
Code du bénéficiaire :	Quotient :	Restauration S	scolaire : 🗖	P.E.P : □

	Nom:		Ecole :			Date de naissance :			
ENFANT 1 Prénom :			Classe:			Sexe : ☐ M ☐ F			
PRESTA	TIONS VILLE			STATI	ONS délégu	iées à l'Associa	ation o	des P.E.P. 28	
Restauration	Etudes surveil 16h30 à 18		Accueil matin 7h30 à 8h20			Accueil de loisirs mercred		isirs mercredi	
scolaire	uniquement po les élémentair		priorité aux maternelles		uement pour maternelles	Maternels		Élémentaires	
☐ Occasionnel ☐ A l'année à partir du :	▲ Pas d'occasion ☐ En forfait mer à l'année, à partir du :	onnel nsuel	Occasionnel (Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première		Occasionnel la carte 10 présences responsable périscolaire n première présence) En forfait	☐ Annie Fournier ☐ Henri IV ☐ Jules Ferry ☐ Les Cytises ☐ Pauline Kergomard		☐ Grand Jardin ☐ Jules Ferry ☐ Rechèvres ☐Jacques Prévert	
			☐ En forfait	mensuel à l'année		Mensuel à l'année : Forfait JOURNÉE		Mensuel à l'année : Forfait JOURNÉE	
□ Lundi □ Mardi	☐ Lundi ☐ Mardi		mensuel à l'année	it a rannee à partir du :		☐ Forfait MATIN (P. Kergomard uniqu ☐ Forfait APRES-MI		☐ Forfait MATIN☐ Forfait APRES-MIDI	
☐ Jeudi	☐ Jeudi		à partir du :			(P. Kergomard uniqu		<u>OU</u>	
□ Vendredi	□ Vendredi					<u>OU</u> □ Occasionnel		☐ Occasionnel	
<u>Menus</u> : Double choix offert aux enfants	Garderie du so	_	Toutes activités PEP28 cochées entraine une		erie du soir à 18h30	Garderie du soir 18h à 18h30			
tous les jours à consulter sur	(Prestation PEP2	28)	facturation.	101	i a 101150	En forfait	mensue	mensuel à l'année (uniquement)	
www.chartres.fr rubrique restauration scolaire	☐ En forfait mens l'année (uniquemo		Toutes modifications /annulation doivent être faites par demande écrite Ten forfait men l'année (uniquer			Fiche d'inscription complémentaire à remplir pour les MERCREDIS OCCASIONNELS et VACANCES SCOLAIRES (jointes au dossier)			
	AUTORISATION DE PARTIR SEU		UL À LA	A FIN DE L'AC			DE BUS		
	oui 🗆 no							⊐ oui □ non	
demande et déc	Je soussigné(e) autorise mon enfant à partir seul après les activités ci-dessus et assume l'entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie et les PEP 28 de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.								
			Fait à : le : Signature(s) :						
DEDC	SAUNIEC LLA DEL E		•						
PERS	ONNES HABILI	TÉES	À VENIR CHE ET CE QUELL				IR EN	CAS D'URGENCE	
Nom parent 1 :		Prén	ET CE QUELL om :		Lien avec l'enfa	ACTIVITÉS ant :	Tél.	:	
Nom parent 1 : Nom parent 2 :		Prén	om :		Lien avec l'enfa	S ACTIVITÉS Int :	Tél. Tél.	:	
Nom parent 1 : Nom parent 2 : Nom :		Préno Préno	om:		Lien avec l'enfa	S ACTIVITÉS Int : Int :	Tél. Tél. Tél.	: :	
Nom parent 1 : Nom parent 2 :		Prén	om: om: om:	ES QUI	Lien avec l'enfa Lien avec l'enfa Lien avec l'enfa Lien avec l'enfa	S ACTIVITÉS Int : Int : Int :	Tél. Tél.	: :	
Nom parent 1 : Nom parent 2 : Nom : Nom :		Préno Préno	om: om: om:	ES QUI	Lien avec l'enfa	S ACTIVITÉS Int : Int : Int :	Tél. Tél. Tél.	: :	
Nom parent 1 : Nom parent 2 : Nom :		Préno Préno	om: om: om:	SANIT	Lien avec l'enfa Lien avec l'enfa Lien avec l'enfa Lien avec l'enfa	S ACTIVITÉS unt : unt : unt : unt : unt :	Tél. Tél. Tél.	: :	
Nom parent 1 : Nom parent 2 : Nom : Nom : Médecin		Préno Préno	om: om: om:	SANIT Prén	Lien avec l'enfa AIRE DE LIA nom:	S ACTIVITÉS Int: Int: ISON	Tél. Tél. Tél. Tél	: : : : : : : : : : : : : : : : : : :	
Nom parent 1 : Nom parent 2 : Nom : Nom : Médecin traitant - L'enfant a-	Nom : t-il des difficul s médicaux ou	Préno Préno Préno Préno	om : om : FICHE	SANIT Prén Si ou directinform périsce « suiv	Lien avec l'enfa AIRE DE LIA OM: Lien avec l'enfa AIRE DE LIA OM: Li	s ACTIVITÉS Int : Int : ISON Is devront être port de loisirs le 1er jou nveloppe cachetée - , mercredi et/ou vaca	Tél. Tél. Tél Télépl tées à la r d'accu-une cances - se l'enfant	: : : : : : : : : a connaissance de chaque ueil de l'enfant (fournir les enveloppe par activité: sur laquelle sera mentionnée it ainsi que l'accueil. Exemple	
Nom parent 1 : Nom parent 2 : Nom : Nom : Médecin traitant - L'enfant a- antécédents particulier e	Nom : t-il des difficul s médicaux ou en cours ?	Prénd Prénd Prénd Prénd Ités d	om : om : FICHE	SANIT Prén Si ou directinform périsce « suiv « Suiv Could a could be a co	Lien avec l'enfa AIRE DE LIA Nom: I, ces information teur d'accueil en ations sous en colaire matin/soir is sanitaire » avec vi sanitaire NOM LII NON	ns devront être port de loisirs le 1er jour vaca de le nom et prénom de Prénom Accueil matin	Tél. Tél. Téle Téléple tées à la r d'accu-une of ances e l'enfant Jules Fe	: : : : : : a connaissance de chaque ueil de l'enfant (fournir les enveloppe par activité : sur laquelle sera mentionnée it ainsi que l'accueil. Exemple erry ».	
Nom parent 1 : Nom parent 2 : Nom : Nom : Médecin traitant - L'enfant a- antécédents particulier e	Nom : t-il des difficul s médicaux ou en cours ? t-il une allergi allergie ?	Prénd Prénd Prénd Prénd Ités d un su	om: om: fiche santé et/ou uivi sanitaire	SANIT Prén Si ou directinform périsce « suiv « Suiv « Suiv a suiv	Lien avec l'enfa AIRE DE LIA OM: I, ces information teur d'accueil enations sous er colaire matin/soir vi sanitaire » avec vi sanitaire NOM Limentaire	nnt : nn	Tél. Tél. Tél. Télépi tées à la r d'accu-une	: : : : : : : : : : : : : : : : : : :	
Nom parent 1 : Nom parent 2 : Nom : Nom : Médecin traitant - L'enfant a- antécédents particulier e - L'enfant a Est-ce une - Avez-vous En cas d'alle	Nom: t-il des difficul s médicaux ou en cours? t-il une allergi allergie? déjà mis en pla	Prénd Prénd	om: om: om: FICHE le santé et/ou uivi sanitaire in P.A.I ? nédicaments, ii	SANIT Prén Si ou directinform périsce « suiv « Suiv	Lien avec l'enfa AIRE DE LIA IOM: III I Non III, ces information III teur d'accueil en III sanitaire » avec III sanitaire NOM III Non III Non III Non IIII Non	nt: nt: nt: nt: nt: nt: ISON as devront être port de loisirs le 1er jour nveloppe cachetée - n, mercredi et/ou vaca c le nom et prénom de Prénom Accueil matin Date de validi	Tél. Tél. Tél. Télépi tées à la r d'accu une dances - se l'enfant Jules Fé	: : : : : : a connaissance de chaque ueil de l'enfant (fournir les enveloppe par activité : sur laquelle sera mentionnée it ainsi que l'accueil. Exemple erry ».	
Nom parent 1 : Nom parent 2 : Nom : Nom : Médecin traitant - L'enfant a- antécédents particulier e - L'enfant a Est-ce une - Avez-vous En cas d'alle directeur d'accu	Nom : T-il des difficul s médicaux ou en cours ? T-il une allergi allergie ? déjà mis en pl	Prénd Prénd	om: om: om: om: FICHE le santé et/ou uivi sanitaire un P.A.I ? nédicaments, il page du dossier)	SANIT Prén Ou direc inforn périsc « suiv « Suiv Ou I convient	Lien avec l'enfa AIRE DE LIA nom: In Non In ces information In teur d'accueil enations sous en Inolaire matin/soir In sanitaire NOM In Non In Non In Non In Non In I	ISON	Tél. Tél. Tél. Téléple tées à la r d'accu-une cances - s e l'enfant Jules Féleuse eté :	: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :	
Nom parent 1: Nom parent 2: Nom: Nom: Nom: Médecin traitant - L'enfant a- antécédents particulier e - L'enfant a- Est-ce une - Avez-vous En cas d'alle directeur d'accu L'enfant pré L'enfant poi	Nom: t-il des difficul s médicaux ou en cours? t-il une allergi allergie? déjà mis en pla ergie ou prise eil de loisirs (cf. de	Prénd Prénd Prénd Prénd Prénd Prénd e ? ace u de m rnière	om: om: om: fiche santé et/ou uivi sanitaire in P.A.I ? nédicaments, il page du dossier) cap ?	SANIT Prén Si ou directinform périsce « suiv » « Suiv « Suiv » « Sui	Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa Lien avec l'en	ns devront être port de loisirs le 1er journe de l'école de	Tél. Tél. Tél. Tél Télépl tées à la r d'accu-une d'accu	: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :	
Nom parent 1: Nom : Nom: Nom: Médecin traitant - L'enfant a- antécédents particulier e - L'enfant a- Est-ce une - Avez-vous En cas d'alle directeur d'accu L'enfant pré L'enfant poi des prothès	Nom: It-il des difficul s médicaux ou en cours? It-il une allergi allergie? déjà mis en pla ergie ou prise eil de loisirs (cf. der esente-t-il un h erte-t-il des lent es auditives, er	Prénd Prénd Prénd Prénd Prénd Prénd Prénd e ? ace u de m rnière	om: om: om: fiche santé et/ou uivi sanitaire in P.A.I ? nédicaments, il page du dossier) cap ? des lunettes,	SANIT Prén Si ou directinform périsce « suive « Suive » Suive « Suive » Suiv	Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa AIRE DE LIA BOM: Lien avec l'enfa Lien avec l'en	ns devront être port de loisirs le 1er journe de l'école de l'	Tél. Tél. Tél. Téle Télép tées à la r d'accu- une dances - se l'enfant Jules Felité : actant le et/ou le	: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :: :	

	Nom:			Ecole	e :	Dat	e de na	issance :	
ENFANT 2 Prénom :		Classe:			Sexe : □ M □ F				
PRESTATIONS VILLE			PRE	PRESTATIONS déléguées à l'Association des P.E.P. 28					
Restauration	Etudes surveil 16h30 à 18		Accueil matin	Accueil matin Accueil soir 7h30 à 8h20 16h30 à 18h		Accueil de loisirs mercredi			
scolaire	uniquement po	our	priorité aux maternelles	uniq	uement pour maternelles	Maternels		Élémentaires	
☐ Occasionnel ☐ A l'année à partir du :	▲ Pas d'occasion ☐ En forfait mensuel à l'ann à partir du :	onnel t née,	Occasionnel (Achat de la carte 10 présences auprès du responsable périscolaire lors de la première		Occasionnel la carte 10 présences esponsable périscolaire première présence) En forfait	☐ Annie Fournier☐ Henri IV☐ Jules Ferry☐ Les Cytises☐ Pauline Kergoma		☐ Grand Jardin ☐ Jules Ferry ☐ Rechèvres ☐ Jacques Prévert	
 □ Lundi	Lundi		mensuel ☐ En forfait à l'année		nensuel	Mensuel à l'année : ☐ Forfait JOURNÉE		Mensuel à l'année : ☐ Forfait JOURNÉE	
☐ Mardi	☐ Mardi		mensuel		partir du :	☐ Forfait MATIN (P. Kergomard uniqu ☐ Forfait APRES-MI	•	☐ Forfait MATIN☐ Forfait APRES-MIDI	
☐ Jeudi☐ Vendredi	☐ Jeudi ☐ Vendredi		à partir du :			(P. Kergomard uniqu <u>OU</u> ☐ Occasionnel	uement)	<u>OU</u>	
Menus: Double choix offert aux enfants tous les jours à	Garderie du so 18h à 18h30 (Prestation PEP2)	Toutes activités PEP28 cochées entraine une facturation.		erie du soir à 18h30	Garderie du soir 18h à 18h30			
consulter sur www.chartres.fr rubrique restauration scolaire	☐ En forfait mens l'année (uniqueme	uel à	Toutes modifications /annulation doivent être faites par demande écrite	lation doivent En forfait mensuel à l'année (uniquement)		Fiche d'inscription complémentaire à remplir pour les MERCREDIS OCCASIONNELS et VACANCES SCOLAIRES (jointes au dossier)			
	AUTORISATI	ON I	DE PARTIR SEL	JL À LA	FIN DE L'AC	TIVITÉ ET A L'A	RRET	DE BUS	
	□ oui □ no	n					□ oui	□ oui □ non	
						Signature(s) :		CAS D'URGENCE	
			ET CE QUELL		SOIENT LES	ACTIVITÉS			
Nom parent 1 : Préno				Lien avec l'enfa		1	:		
Nom parent 2 : Prénon									
Nom :	Nom: Prénom:		Lien avec l'enfant :			Tél.			
FICHE SANITAIRE DE LIAISON									
Médecin traitant Nom :				Prén	Prénom :		Télép	hone :	
					ui 🗖 Non				
• L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ou un suivi sanitaire particulier en cours ? Si oui, ces informations devront être portées à la connaissance de chaquirecteur d'accueil de loisirs le 1 ^{er} jour d'accueil de l'enfant (fournir informations sous enveloppe cachetée - une enveloppe par activit périscolaire matin/soir, mercredi et/ou vacances - sur laquelle sera mentions « suivi sanitaire » avec le nom et prénom de l'enfant ainsi que l'accueil. Exem « Suivi sanitaire NOM Prénom Accueil matin Jules Ferry ».					ueil de l'enfant (fournir les enveloppe par activité : sur laquelle sera mentionnée t ainsi que l'accueil. Exemple				
	· L'enfant a-t-il une allergie ?			Oui Non					
Est-ce une allergie ?Avez-vous déjà mis en place un P.A.I ?			☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autres ☐ Oui ☐ Non ☐ 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'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs (cf. dernière page du dossier)									
L'enfant présente-t-il un handicap ?			(Veuil	Oui Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs pour étudier les dispositions à prendre)					
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc			Ot (Veuil	Oui Non (Veuillez contacter le directeur de l'école et/ou le directeur d'accueil de loisirs					
-	•		, til		étudier les dispos de l'autorité p		nt, au	torise en cas d'urgence	
état de santé de	mon enfant.					étents pour toutes		torise en cas d'urgence res rendues nécessaires p 3	
a.		18	•		sigi	iatui e(3)		3	

POUR TOUTES INSCRIPTIONS OCCASIONNELLES ET VACANCES SCOLAIRES

- **Restauration Scolaire**, contacter le service Vie Scolaire 72 heures à l'avance pour prévenir de la présence de votre enfant au 02 37 88 45 39 ou par mail restauration.scolaire@agglo-ville.chartres.fr
- Accueils de loisirs mercredis et vacances scolaires, une fiche de réservation supplémentaire est à retirer auprès du Pôle Administratif Guichet Unique place des Halles ou aux P.E.P 28, 3 rue Charles Brune à Lucé ou sur le site internet www.lespep28.org, 1 mois avant chaque période (fiche de la première période septembre/octobre jointe au dossier)
- *Accueil matin et soir*, contacter le référent de la structure en priorité aux heures habituelles de fonctionnement ou les P.E.P 28 au 02 37 88 14 14 ou par mail standard@pep28.asso.fr

P.A.I / ALLERGIE OU MALADIE CHRONIQUE OU HANDICAP OU PRISE DE MEDICAMENTS

Toute allergie dont alimentaire ou toute maladie chronique justifiée par une prescription médicale, doit être signalée au Directeur de l'école et 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'école et au Directeur de l'Accueil de Loisirs. Le repas de substitution préparé par le prestataire de la Ville et du délégataire (la Restauration Collective de Chartres Métropole) sera facturé au tarif en vigueur. Si le repas est fourni par les parents, une réduction de 50% sera appliquée au tarif en vigueur.

MODE DE PAIEMENT RETENU PAR LA FAMILLE (cochez la case)			
Restauration scolaire	Accueil de Loisirs – Périscolaire		
☐ En espèces	☐ Par prélèvement automatique pour le forfait du mercredi et de		
☐ Par prélèvement automatique	l'accueil du matin et du soir (remplir l'annexe 4, accompagnée d'un RIB)		
(remplir l'annexe 3, accompagnée d'un RIB)	☐ En espèces		
☐ Par Carte Bancaire	☐ Par chèque à l'ordre des P.E.P 28		
☐ Par internet via le portail famille	☐ Par chèques vacances ou CESU		
'	☐ Par Carte Bancaire au siège des PEP		
	☐ Par internet via le portail famille		

RÈGLES DE VIE

Les enfants devront respecter les règles normales « dites de bonne conduite » conformément aux règlements intérieurs des activités consultables sur les sites internet de la ville de Chartres, www.chartres.fr et des P.E.P 28, www.pep28.org ainsi que dans les structures d'accueil et au Pôle Administratif - Guichet Unique – place des Halles à Chartres.

RÉGLEMENT INTÉRIEUR

www.chartres.fr puis Vivre à Chartres

PROTECTION	DES DONN	NEES PERS	ONNELLES

En l'absence de votre accord pour les trois premières coches, nous ne pourrons procéder à l'inscription de votre enfant conformément au règlement Européen UE 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 la ville de Chartres pour la finalité principale et ses sous finalités précitées.
- ☐ En cochant cette case, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées par le délégataire pour la finalité principale et ses sous finalités précitées.
- ☐ En cochant cette case, j'autorise la ville de Chartres et les P.E.P 28 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) intérieur (s)
- 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



Annexe 1 Dossier Unique d'inscription Protection des données personnelles Mentions d'information obligatoires



Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la ville de Chartres et 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 périscolaires et 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 à la Direction Jeunesse et Vie de la Cité de la ville de Chartres, le 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 cidessus, 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 de la Direction Jeunesse et Vie de la Cité de la ville de Chartres (mail : inscription.periscolaire@agglo-ville.chartres.fr), du secrétariat des P.E.P 28 (mail : standard@pep28.asso.fr) ou à défaut (mail : contact@agglo-ville.chartres.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).



Annexe 4 Dossier Unique d'inscription

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA P.E.P 28 Accueils de loisirs du délégataire

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (Ale délégataire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du délégataire.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR90ZZZ321303

dano los e comanico carvant la date de debit de votre compte pour	
DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	
	ADPEP28
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
DESIGNATION DU C	OMPTE A DEBITER
((2.4.1)	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
Type de paiement : X Paiement récurrent/répétitif	
☐ Paiement ponctuel	
☐ Falement ponctuel	
Signé à :	Signature :
Le (JJ/MM/AAAA) :	
V	
DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE MEME ET LE CAS ECHEANT) :	PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-
Nom du tiers débiteur :	

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel:

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le délégataire. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le délégataire.



Annexe 3 Dossier Unique d'inscription

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA VILLE Restauration Scolaire

Référence unique du mandat :

Type de contrat : VILLE DE CHARTRES-RESTAURATION SCOLAIRE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la VILLE DE CHARTRES – REGIE DE RECETTES – RESTAURATION à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la VILLE DE CHARTRES – REGIE DE RECETTES – RESTAURATION.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 97 ZZZ 513722

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : VILLE DE CHARTRES – REGIE RECETTES RESTAURATION

RESTAURATION Adresse: HOTEL DE VILLE Code postal: Code postal: 28019 Ville: Ville: CHARTRES CEDEX Pays: Pays: FRANCE **DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)** IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC) Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel Signé à : Signature: Le DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT):

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel:

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par **la VILLE DE CHARTRES – REGIE DE RECETTES – RESTAURATION**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec **la VILLE DE CHARTRES – REGIE DE RECETTES – RESTAURATION**.