

ENFANT	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	
Nationalité	

SCOLARITÉ	
Classe	Inscription de l'enfant au restaurant scolaire: <input type="checkbox"/> <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b>
Préciser ci-contre	<input type="checkbox"/> Régime Alimentaire (A préciser : .....) <input type="checkbox"/> Repas sans viande <input type="checkbox"/> Repas normal <input type="checkbox"/> PAI (Allergies, intolérances alimentaires)

AUTORISATIONS	
Prise de photos / Vidéos / Publications d'articles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorise mon enfant à rentrer seul (A partir de 6 ans)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorise mon enfant à être hospitalisé en cas de besoin	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Je m'engage à respecter le Règlement Intérieur 2025/2026	<input type="checkbox"/>

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT		
NOM/PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT



## INFORMATIONS MÉDICALES

**ALLERGIES (préciser)**

- ALIMENTAIRES .....
- MÉDICAMENTEUSES .....
- AUTRES .....

**PROJET D'ACCUEIL PERSONNALISÉ (PAI)**

**Cordonnées du médecin traitant :**

- Nom :
- Téléphone :

### TRAITEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, lequel : .....

- Joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondant (médicaments dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Vaccins	Fais-le :	Vaccins	Fais-le :
Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite		Méningocoque C	
Rougeole, Oreillons, Rubéole		Pneumocoque	
Hépatite B		Haemophilus Influenzae B	
Coqueluche			

Date :     /     /

Signatures des parents :

**Je déclare exacts les renseignements portés sur ce document et je m'engage à informer les services municipaux de tous changements.**

**SITUATION FAMILIALE:**  Célibataire  Concubinage  Marié  Divorcé  Séparé

REPRÉSENTANT 1	REPRÉSENTANT 2
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Téléphone privé : .....	Téléphone privé : .....
Téléphone professionnel : .....	Téléphone professionnel : .....
E-mail : .....	E-mail : .....
Profession : .....	Profession : .....
<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° allocataire CAF : .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° allocataire CAF : .....</li> </ul>
Autorité parentale: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorité parentale: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Lien avec l'enfant : .....	Lien avec l'enfant : .....

• Il est à noter que si le numéro d'allocataire CAF n'est pas indiqué ou justificatif non fourni, le tarif maximum sera appliqué.

AUTRES ENFANTS DOMICILIES AU FOYER (Frères et Sœurs)		
Nom Prénom	Date de naissance	Ecole ou mode de garde

❖ **MODES DE PAIEMENT POSSIBLES**

- Par prélèvement automatique (*joindre un RIB + compléter le mandat de prélèvement*)
- Par chèque (*à l'ordre du Trésor Public*) au guichet de la Mairie
- Paiement en ligne depuis votre Portail (<https://portail.bergerlevrault.fr/MairieDeEtrembieres74100/accueil>)



Le représentant 1 est automatiquement le débiteur principal : La facturation sera établie à son nom.

Date:    /    /

Signatures des parents :

## Informations relatives à l'utilisation des données à caractère personnel (RGPD)

Les informations recueillies obligatoires dans le présent dossier d'inscription scolaire et périscolaire feront l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions. Peuvent être destinataires des données dans la limite de leurs attributions respectives, le maire, les élus ayant reçu une délégation en ce sens et les agents communaux en charge des affaires scolaires et périscolaires, les directeurs d'établissement scolaire pour ce qui concerne les élèves affectés dans leur établissement, mais également le cadre institutionnel qui les entourent (IEN, DASEN, Médecin scolaire...)

**Durée de la conservation des données :** elle ne pourra excéder la période de scolarisation de l'élève dans une école de la commune.

**Droits de la personne et consentement :** conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, ainsi qu'un droit d'opposition que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à la Mairie d'Etrembières. Le consentement exprès lié aux conditions d'usage des informations à l'inscription scolaire et périscolaire pourra être retiré à tout moment.

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD ci-dessus et donner mon consentement.

Fait à Etrembières, le

Signatures :

## INFORMATION CENTRE DE LOISIRS

La commune d'Etrembières ne disposant pas de centre de loisirs sur son territoire, un partenariat avec la commune de Gaillard a été mis en place.

### Les inscriptions :

- **Directement auprès du Guichet Unique, situé en Mairie de Gaillard, Cours de la République,**
- **En fonction des places disponibles et dans le respect de la réglementation.**

Le centre de loisirs accueille tous les mercredis scolaires et pendant les vacances scolaires, les enfants de 3 à 11 ans, répartis en groupe :

- pour les maternelles :
  - o les petites sections,
  - o les moyennes sections,
  - o les grandes sections.
- pour les élémentaires :
  - o les CP/CE1,
  - o les CE2/CM1/CM2.

### Loisirs Enfance et Jeunesse – Mairie de Gaillard – Vos contacts :

**Le Guichet Unique : l'interlocuteur pour les familles :**

**au 04.50.39.76.30**

**En savoir plus :**

**<https://www.gaillard.fr/le-guichet-unique/>**