

GUICHET UNIQUE ÉDUCATION

DOSSIER D'INSCRIPTION INDIVIDUEL

VALABLE DU 1^{ER}/09/2023 AU 31/08/2024

Année Scolaire 2023/2024

ENFANT / USAGER

NOM	Prénom

DOSSIER À RENDRE AVANT LE 18 août 2023

ENFANT :

Date de naissance	Sexe (F ou M)	Nom de l'école	Classe	<input type="checkbox"/> Portable enfant / usager <input style="width: 100%;" type="text"/>
				<input type="checkbox"/> Courriel enfant / usager <input style="width: 100%;" type="text"/>

FRÉQUENTATION DES ACTIVITÉS :

ACTIVITES VILLE DE PITHIVIERS

(réservations et annulations à effectuer avant 10 heures sous 2 jours ouvrés)

<p style="text-align: center;">Restaurant scolaire</p> <p style="text-align: center;"> uniquement sur réservations </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi </p>	<p style="text-align: center;">Garderie Périscolaire Communale (incluant pour le soir un goûter et des activités)</p> <p style="text-align: center;"> uniquement sur réservations </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> mon enfant partira seul le soir (si plus de 6 ans) </p>
--	--

ACTIVITES (C.C.D.P.)

COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PITHIVERAIS

Accueil de Loisirs Sans Hébergement 3 – 11 ans
(mercredis et vacances scolaires)

Inscriptions et réservations exclusivement via le portail famille
<https://ccdp.kiosquefamille.fr>

ou contacter le GUE (guichet.unique@ccdp-pithiviers.fr – 02.38.32.06.31.)

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

<input type="checkbox"/> Particularité alimentaire : <input style="width: 600px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Problème médical nécessitant un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) (Allergies,...)
<input type="checkbox"/> Port de lunettes <input type="checkbox"/> Port d'appareil(s) auditif(s) <input type="checkbox"/> Port d'appareil(s) dentaire(s) <input type="checkbox"/> Présence d'un handicap
<input type="checkbox"/> Autres : <input style="width: 600px;" type="text"/>



PERSONNES MAJEURES (AUTRES QUE LES RESPONSABLES) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU HABILITÉS À VENIR CHERCHER L'ENFANT (4 AU MAXIMUM) :

NOM	Prénom	Tél.	Parenté	URGENCE	HABILITE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIÈCE A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- Copie des pages de vaccinations du carnet de santé pour chaque enfant (si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication).

Ce document sera conservé par le service.

Je soussigné(e) , responsable de l'enfant cité ci-dessus, agissant en qualité de responsable légal,

- accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement nécessaire au bien-être de l'enfant,
- autorise les services à publier les photographies et vidéos de l'enfant dans des éditions municipales ou intercommunales (affiches, guides, magazines, dépliants,...), dans la presse locale, sur des supports numériques (site internet, réseaux sociaux,...) à des fins non commerciales*,
- autorise l'enfant à fréquenter les services mentionnés y compris ceux nécessitant un transport*,
- autorise le service à consulter mon dossier d'allocataire CAF via son service professionnel*,
- délègue l'équipe de direction afin de prendre toutes les mesures indispensables pour la sécurité de l'enfant en cas de problèmes majeurs, d'accident ou nécessitant une hospitalisation*,
- déclare avoir été informé(e) qu'il m'appartient de souscrire une assurance extrascolaire (garantie individuelle corporelle) pour chaque enfant,
- certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et seront remis à jour le cas échéant, sur présentation des justificatifs correspondants, au service Guichet Unique Éducation,
- m'engage à suivre l'évolution des règlements intérieurs et règles de vie des activités auxquelles j'inscris mon enfant (disponibles sur les sites internet, lieux d'accueils concernés et Guichet Unique Éducation).

* Vous pouvez à tout moment faire exercice de votre droit de retrait par courrier adressé directement au service Guichet Unique Éducation ou par mail (guichet.unique@ccdp-pithiviers.fr).

, le Signature d'un responsable légal,

"Conformément à la réglementation UE 2016/679 relative à la protection des personnes physiques à l'égard de leurs données à caractère personnel, le service Guichet Unique Éducation (1 Place Denis Poisson, 45300 PITHIVIERS) traite les données collectées dans le présent formulaire aux fins d'assurer l'inscription de votre enfant au service concerné, mis en œuvre. Ces données seront conservées durant une durée de 10 ans et seront susceptibles d'être portées à la connaissance de la Caisse d'Allocations Familiales en cas de contrôle de l'activité des services.

Pour tout exercice de vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation ou d'opposition, le service concerné, ou le cas échéant leur délégué à la protection des données, se tient à votre disposition par téléphone ou mail (guichet.unique@ccdp-pithiviers.fr - 02.38.32.06.31.).

En l'absence de réponse dans un délai d'un mois, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL."