

# FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS CAISSE DES ÉCOLES

## À REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

### Identification du/des demandeurs

**PÈRE**      **PAYEUR**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .. / .. / ..

Mobile :

Tél. Bureau :

Tél. Maison :

**1** Email (merci d'écrire lisiblement) : .....

Adresse : .....

BP : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Mariés

Séparés

Divorcés

Concubinage

Pacsés

Célibataire

**MÈRE**      **PAYEUR**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .. / .. / ..

Mobile :

Tél. Bureau :

Tél. Maison :

Email (merci d'écrire lisiblement) : .....

Adresse : .....

BP : .....

Code postal : .....

Ville : .....

### Personnes autorisées à récupérer le(s) enfant(s) autres que les parents (par ordre de priorité) :

M./Mme : ..... Qualité : ..... Tél. :

M./Mme : ..... Qualité : ..... Tél. :

### Règlement effectué :

À la caisse

En prélèvement

Par virement

Boursier



## Identification du/des enfants

| NOM | PRÉNOM | NAISSANCE | NIVEAU DE CLASSE EN |      |      | ÉCOLE | CANTINE | GARDERIE |
|-----|--------|-----------|---------------------|------|------|-------|---------|----------|
|     |        |           | 2024                | 2025 | 2026 |       |         |          |
|     |        |           |                     |      |      |       |         |          |
|     |        |           |                     |      |      |       |         |          |
|     |        |           |                     |      |      |       |         |          |
|     |        |           |                     |      |      |       |         |          |
|     |        |           |                     |      |      |       |         |          |
|     |        |           |                     |      |      |       |         |          |

2

L'enfant a-t-il des allergies alimentaires ? : Oui  Non

Si oui, préciser :

Prénom & nom : ..... Allergies, problèmes de santé : .....

Prénom & nom : ..... Allergies, problèmes de santé : .....

Prénom & nom : ..... Allergies, problèmes de santé : .....

Prénom & nom : ..... Allergies, problèmes de santé : .....

Prénom & nom : ..... Allergies, problèmes de santé : .....

## Copie des documents à fournir

- l'acte de naissance des enfants à inscrire ou le livret de famille
- la pièce d'identité du payeur
- la facture d'électricité ou d'eau (en cas d'hébergement, l'attestation et la pièce d'identité du logeur)
- le RIB ou RIP + formulaire rempli et signé en 2 exemplaires (si prélèvement)
- Coupon de bourse
- la délégation d'autorité parentale
- le jugement du tribunal pour la garde de l'enfant
- le PAI (Projet d'Accueil Individualisé : si allergie)
- la lettre décharge de responsabilité envers la Caisse des Ecoles et les prestataires.

3



## Renseignements médicaux

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : Oui  Non

Contre-indications alimentaires : .....

4 Maladies chroniques : .....

**Je soussigné(e)** .....,  
**responsable légal de l'enfant, autorise, en cas d'urgence, la responsable de cantine scolaire à prendre toutes mesures (traitement médical uniquement dans le cadre d'un P.A.I, hospitalisation, etc...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.**

## Autorisation pour les médias

**Je soussigné(e)** .....,  
**père, mère, tuteur des enfants (nom et prénom)** .....

5 Autorise  N'autorise pas

mon enfant à être filmé, photographié ou interviewé par les médias (presse, radio, télévision) dans le cadre des activités périscolaires menées par la Caisse des Ecoles du Mont-Dore.

Fait à :

Date : .. / .. / ..

Signature du responsable légal (précédée de la mention « lu et approuvé »)

## CADRE RÉSERVÉ À LA CAISSE DES ECOLES

### INFO SAISIE CDE MD

Fait le : .. / .. / ..

Par : .....

Les informations collectées par la Caisse des écoles du Mont-Dore via ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité la gestion de l'inscription aux services de cantine et/ou de garderie de votre enfant. La base légale du traitement est la mission d'intérêt public. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : toute personne habilitée de la Caisse des écoles et toutes les directions de la Ville du Mont-Dore. Les données sont conservées pendant cinq (5) ans. Ce délai peut toutefois être prolongé pendant la durée nécessaire au traitement d'une demande d'exercice de droit ou du règlement d'un litige le cas échéant. Conformément à la législation « Informatique et Libertés », vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit d'opposition, droit à la limitation du traitement. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, veuillez adresser votre demande à : Ville du Mont-Dore, Délégué à la protection des données - Mairie du Mont-Dore - BP 3 - 98810 Mont-Dore ou par courriel à : dpo@ville-montdore.nc. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL : www.cnil.fr