

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE 2022-2023

MAIRIE DE LINXE

2 place de l'église- 40260 LINXE

contact@mairie-linxe.fr

☎ 05 58 42 92 27



<input type="checkbox"/> Inscription scolaire	<input type="checkbox"/> Inscription au restaurant scolaire	<input type="checkbox"/> Inscription à l'accueil Périscolaire
<input type="checkbox"/> Inscription à la Maison des jeunes (à partir de 7 ans)		

ENFANT 1			
NOM		Prénom	
Adresse Ville			
Date de naissance	. . / . . /	Lieu de naissance	
Classe	Assurance Obligatoire : l'enfant doit être couvert par une assurance scolaire		
	Nom de l'assurance		N° de contrat
Renseignements médicaux			
VACCIN DT POLIO - (joindre la copie)	Date vaccin	. . / . . /	Allergie
Traitement médical	P.A.I à signer avant l'admission de l'enfant, auprès de la direction de l'école, chaque année.		

ENFANT 2			
NOM		Prénom	
Adresse Ville			
Date de naissance	. . / . . /	Lieu de naissance	
Classe	Assurance Obligatoire : l'enfant doit être couvert par une assurance scolaire		
	Nom de l'assurance		N° de contrat
Renseignements médicaux			
VACCIN DT POLIO - (joindre la copie)	Date vaccin	. . / . . /	Allergie
Traitement médical	P.A.I à signer avant l'admission de l'enfant, auprès de la direction de l'école, chaque année.		

ENFANT 3			
NOM		Prénom	
Adresse Ville			
Date de naissance	. . / . . /	Lieu de naissance	
Classe	Assurance Obligatoire : l'enfant doit être couvert par une assurance scolaire		
	Nom de l'assurance		N° de contrat
Renseignements médicaux			
VACCIN DT POLIO - (joindre la copie)	Date vaccin	. . / . . /	Allergie
Traitement médical	P.A.I à signer avant l'admission de l'enfant, auprès de la direction de l'école, chaque année.		

REPRESENTANT LEGAL 1 (renseignements obligatoires)

Nom d'usage		Nom de naissance	
Prénom		Qualité (mère, père,..)	
Adresse			
Code postal		Ville	
Tél. fixe domicile		Tél. portable	
Tél. professionnel		Courriel	@
Souhaitez-vous recevoir les informations des associations concernées par l'école (A.P.E, autres...) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			

REPRESENTANT LEGAL 2 (renseignements obligatoires)

Nom d'usage		Nom de naissance	
Prénom		Qualité (mère, père,..)	
Adresse			
Code postal		Ville	
Tél. fixe domicile		Tél. portable	
Tél. professionnel		Courriel	@
Souhaitez-vous recevoir les informations des associations concernées par l'école (A.P.E, autres...) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			

Situation familiale : marié(e) pacsé(e) couple célibataire veuf(ve) divorcé(e), séparé(e)

Pour toute nouvelle inscription, veuillez fournir le livret de famille et un justificatif de domicile. Pour les parents divorcés ou séparés, veuillez fournir les justificatifs concernant l'autorité parentale et la garde des enfants.

NOM et prénom de l'allocataire couvrant le/les enfants :

Allocataire : CAF MSA

N° Allocataire

N° sécurité sociale couvrant le/les enfants

Médecin traitant

Adresse

Téléphone

Ville

Quotient familial

€

Fournir l'attestation C.A.F ou MSA récente faisant apparaître le quotient familial pour pouvoir bénéficier du tarif préférentiel. Sans ce document le tarif le plus élevé sera appliqué.

Mail de l'allocataire CAF ou MSA

@

Mode de paiement

prélèvement automatique (à privilégier) Joindre un RIB ou RIP)

paiement en ligne sur portail famille

autre mode de paiement : préciser

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT OU LES ENFANTS

la personne désignée DEVRA présenter son justificatif d'identité

NOM		Prénoms	
Téléphone fixe		Téléphone portable	
Lien avec l'enfant : <input type="radio"/> Grands-parents <input type="radio"/> Ami <input type="radio"/> Assistante maternelle <input type="radio"/> Autre, précisez :			
NOM		Prénoms	
Téléphone fixe		Téléphone portable	
Lien avec l'enfant : <input type="radio"/> Grands-parents <input type="radio"/> Ami <input type="radio"/> Assistante maternelle <input type="radio"/> Autre, précisez :			
NOM		Prénoms	
Téléphone fixe		Téléphone portable	
Lien avec l'enfant : <input type="radio"/> Grands-parents <input type="radio"/> Ami <input type="radio"/> Assistante maternelle <input type="radio"/> Autre, précisez :			

MAISON DES JEUNES à partir de 7 ans

Merci de joindre obligatoirement les documents suivants :

- photocopie des pages vaccinations du carnet de santé,
- attestation de réussite au test d'aisance aquatique,
- brevet de natation 50 mètres,
- le règlement de l'inscription par chèque.

représentant légal 1 représentant légal 2 autoris(e)(ons) l'inscription de :

NOM		Prénoms	
NOM		Prénoms	
NOM		Prénoms	

représentant légal 1 représentant légal 2 reconnais(sons) avoir pris connaissance du règlement intérieur de la maison des jeunes consultable, en ligne (site www.mairie-linxe.fr), ou sur place, déclare(ons) approuver son contenu et le respecter.

Maison des jeunes ☎ 05 58 42 00 43 – maisondesjeunes@mairie-linxe.fr

Documents à fournir	Inscription scolaire	Restaurant, accueil périscolaire,	Maison des jeunes
Attestation d'assurance par enfant-OBLIGATOIRE	X	X	X
Règlement intérieur signé	X	X	
Certificat de radiation si chgt d'établissement	X		
Livret de famille	X		
Justificatif domicile récent	X		
Justificatif autorité parentale, en cas de séparation ou divorce	X		
Justificatif droit de garde, en cas de séparation ou divorce	X		
Attestation quotient familial CAF ou MSA		X	X
R.I.B ou R.I.P si prélèvement automatique		X	
Carnet de santé	X		X
Attestation de réussite au test d'aisance aquatique + brevet natation 50m			X

AUTORISATIONS

Autorisation de sortie

J'autorise mon (mes) enfant(s),

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
Nom :		Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :		Prénom :	
<input type="radio"/> à quitter seul l'accueil périscolaire à <input type="text"/> heures	<input type="radio"/> à quitter seul l'accueil périscolaire à <input type="text"/> heures	<input type="radio"/> à quitter seul l'accueil périscolaire à <input type="text"/> heures			
<input type="radio"/> à quitter seul la maison des jeunes à <input type="text"/> heures	<input type="radio"/> à quitter seul la maison des jeunes à <input type="text"/> heures	<input type="radio"/> à quitter seul la maison des jeunes à <input type="text"/> heures			

Autorisation de publication de l'image

Représentant(s) légal(aux) de l'(des) enfant(s),

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
Nom :		Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :		Prénom :	
Autorise(ons) la mairie de Linxe à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquels figure(nt) mon (mes) enfant(s) qui seraient pris dans le cadre des activités scolaires et périscolaires. Celles-ci pourront être reproduites par les écoles, la mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma(notre) part.					
<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

ATTESTATION SUR L'HONNEUR ET ENGAGEMENT

Représentant(s) légal(aux) de l'(des) enfant(s),

- Atteste(ons) sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage (nous engageons) à prévenir les services de tout changement éventuel (adresse, problème, de santé, situation de famille...)
- Reconnaiss(sons) également avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire, accueil périscolaire, déclare(ons) approuver son contenu et m'engage (nous engageons) à m'y (nous y) conformer.
- Autorise(ons) les services municipaux à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Je m'engage/Nous nous engageons à régler les factures dans le mois sous peine de mise en contentieux.

Ecrire « lu et approuvé »

Signatures des représentants légaux

Fait à

Le

Les informations recueillies par ce formulaire ont pour finalité(s), selon les cas choisis, l'inscription scolaire, périscolaire, au restaurant scolaire, à la Maison des Jeunes sur la base de votre consentement. Le responsable de traitement est la Mairie de Linxe, représentée par M. le Maire. Les informations recueillies sont à l'usage du personnel habilité de la commune pour les finalités ci-dessus déterminées ; elles peuvent être communiquées selon les cas à des tiers autorisés dans le respect de la norme simplifiée NS-58 de la CNIL. La durée de conservation de ces différentes catégories de données est fixée par la NS-58 de la CNIL. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et de portabilité en vous adressant à la Mairie, en joignant une copie d'une pièce d'identité. Le Délégué à la Protection des Données personnelles est l'ALPI, 175, place de la Caserne Bosquet 40000 Mont-de-Marsan, que vous pouvez contacter pour tout renseignement supplémentaire. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.