

## CONTRAT D'INSCRIPTION 2022/2023

NOM et prénom de l'enfant : .....

Ecole : ..... Classe : .....

### Formule annualisée (engagement sur l'année scolaire)

- Accueil matin** (7h20 à 8h30) : 5 matins par semaine
- Accueil matin** (7h20 à 8h30) : 4 matins par semaine (sauf mercredi)
- Accueil matin** (7h20 à 8h30) : moins de 4 matins  
*Cochez les matins souhaités*

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI

- Semaine 4 midis + 4 soirs + mercredi**
- Semaine 4 midis + 4 soirs**
- Accueil midi** (12h à 13h30) : 1 à 4 midi(s) par semaine  
*Cochez les midis souhaités*

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

- Accueil soir** (16h à 18h30) : 1 à 4 soir(s) par semaine  
*Cochez les soirs souhaités*

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

- Mercredi - journée** (8h30 à 18h30)
- Mercredi - matinée + repas** (8h30 à 14h)

### Pass Vacances :

- Pass 3 semaines de vacances
- Pass 5 semaines de vacances

### Formule ponctuelle

- Inscription via le portail famille** - sous réserve de places disponibles  
Ou **par planning mensuel** à remettre le mois précédent - sous réserve de places disponibles

Fait à ..... Le .....

Signature des parents :



**Accès et protection des données personnelles**  
**(Loi n° 78-17 informatique et libertés du 06 janvier 1978**  
**- règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016)**

Je soussigné(e) :

Nom / Prénom du signataire : .....

Qualité (père /mère /tuteur) : .....

Nom et Prénom de l'enfant (une fiche par enfant) : .....

Adresse personnelle : .....

Accueil fréquenté par votre enfant : .....

Par la signature du présent document :

Je reconnais avoir été informé(e) que les données à caractère personnel recueillies dans le cadre des dossiers d'inscription aux activités auxquelles participe mon enfant sont obligatoires pour permettre à l'O.P.A.L. la prise en compte et le suivi de mon dossier. Elles seront conservées 5 ans, puis détruites.

J'autorise l'O.P.A.L., dans le respect du secret professionnel, à communiquer aux seules personnes et organismes concernés par la gestion de ce dossier, l'information à caractère personnel et médical nécessaire.

J'ai connaissance que dans le cadre de ses relations de services aux familles conventionnées avec la CAF, l'O.P.A.L. consulte mon quotient familial (QF) par la liaison informatique « CDAP ».

Je précise mon numéro d'allocataire C.A.F. : \_\_\_\_\_

L'O.P.A.L. s'engage à utiliser ces informations dans un cadre strictement professionnel. Ces informations sont confidentielles et ne peuvent pas être divulguées à des tiers.

Conformément à la loi du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à la consultation de ces informations. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à l'O.P.A.L., 18 Rue de la Division Leclerc, 67000 Strasbourg.

Le : .....

Signature :

**Merci de bien vouloir remettre ce document signé au directeur de l'accueil collectif de mineurs**

**SIEGE SOCIAL**  
**16 – 18 RUE DE LA DIVISION LECLERC - 67000 STRASBOURG**  
**T. 03 88 15 14 65 - F. 03 88 32 37 84**

**ANTENNE MOSELLE**  
**56 RUE PRINCIPALE - 57430 WILLERWALD**  
**T. 03 87 97 82 91 - F. 03 88 32 37 84**

[contact@opal67.org](mailto:contact@opal67.org)

[opal-moselle@opal57.org](mailto:opal-moselle@opal57.org)

[www.opal67.org](http://www.opal67.org)