

DOSSIER D'INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE 2024/2025

PIECE JUSTIFICATIVE OBLIGATOIRE : JUSTIFICATIF PROFESSIONNEL

ENFANT(S)				
	Enfant n°1	Enfant n°2	Enfant n°3	Enfant n°4
Nom				
Prénom				
Sexe				
Naissance				
Lieu				
Ecole				
Classe				
Jours de présence à la cantine (cochez SVP)	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi

P.A.I

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs
Date de nais :	Date de nais :
Type : Père / Mère / Autre	Type : Père / Mère / Autre
Adresse	Adresse
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Tél portable :	Tél portable :
Tél pro :	Tél pro :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Assureur :

Numéro d'assurance :

PERSONNES A CONTACTER

Contact

Contact

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père/Mère/Autres	Type : Père/Mère/Autres
Tél :	Tél :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PERSONNES A CONTACTER

Contact

Contact

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Père/Mère/Autres	Type : Père/Mère/Autres
Tél :	Tél :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Renseignements supplémentaires

Protection des données.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé par le Responsable de traitement : Mr le Maire de Laigneville, 390 rue de la République 60290 LAIGNEVILLE.

Le Responsable de traitement a désigné l'ADICO sis à Beauvais, Oise, 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données. Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle la Mairie est soumise.

Les données sont conservées pendant une durée de 1 an. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit à la limitation du traitement. Les droits à l'effacement, la portabilité et l'opposition ne s'appliquent pas dans ce cas.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le service chargé de l'exercice de ces droits scolaire@mairie-laignevilles.fr

Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

FICHE ENFANT(S)

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies				Pratiques alimentaires			
Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Vaccin	Fait le	Fait le	Fait le	Fait le
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)				
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)				
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)				
Grippe				
Haemophilus influenzae b				
Méningocoque C				
Papillomavirus humains				
Pneumocoque				
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)				
Tuberculose (BCG)				
Varicelle				

FICHE ENFANT(S)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations

Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (à joindre avec cette fiche)	OUI / NON	Enfant 1
	OUI / NON	Enfant 2
	OUI / NON	Enfant 3
	OUI / NON	Enfant 4
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structure.	OUI / NON	Enfant 1
	OUI / NON	Enfant 2
	OUI / NON	Enfant 3
	OUI / NON	Enfant 4
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON	Enfant 1
	OUI / NON	Enfant 2
	OUI / NON	Enfant 3
	OUI / NON	Enfant 4
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.	OUI / NON	Enfant 1
	OUI / NON	Enfant 2
	OUI / NON	Enfant 3
	OUI / NON	Enfant 4

Appareillage

Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON	Enfant 1
	OUI / NON	Enfant 2
	OUI / NON	Enfant 3
	OUI / NON	Enfant 4
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON	Enfant 1
	OUI / NON	Enfant 2
	OUI / NON	Enfant 3
	OUI / NON	Enfant 4
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON	Enfant 1
	OUI / NON	Enfant 2
	OUI / NON	Enfant 3
	OUI / NON	Enfant 4

Handicap

Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON	Enfant 1
	OUI / NON	Enfant 2
	OUI / NON	Enfant 3
	OUI / NON	Enfant 4

Attestation

Nous soussignés	
Responsables légaux de(s) l'enfant(s)	

-Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure.

-Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche.

-Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels.

-Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.

-Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.