

Dossier à retourner complet avant le 31 juillet 2026*

** Tout dossier remis après le 31 juillet ne permettra pas l'inscription de votre (vos) enfant(s) à la cantine pour la 1^e semaine de septembre*

Les dossiers de l'année précédente n'étant pas à jour de ses paiements ne pourront pas être enregistrés et l'accès au service de restauration scolaire pourra être refusé à la rentrée tant que la situation ne sera pas régularisée.

Pièces justificatives obligatoires :

- Justificatif professionnel des 2 parents (dernier bulletin de paie OU contrat de travail OU attestation employeur)
- RIB (uniquement si prélèvement automatique et pour les nouvelles familles)
 - Planning septembre 2026 à remplir



TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTE

NOTICE D'INFORMATION POUR LES NOUVELLES FAMILLES

Mise en place du prélèvement automatique

Si vous souhaitez mettre en place le prélèvement automatique pour le règlement de vos factures, nous vous invitons à vous rendre au service scolaire de la mairie afin de retirer le formulaire correspondant. Celui-ci devra ensuite nous être retourné, dûment complété, accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB).

Partie réservée à l'administration

Dossier reçu le

DOSSIER D'INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE 2026/2027

Informations concernant l'enfant / les enfants

	<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>	<u>Enfant 3</u>	<u>Enfant 4</u>
Nom				
Prénom				
Sexe				
Date de naissance				
Lieu de naissance				
Ecole				
Classe				
Jours de présence à la cantine	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Tous les jours	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Tous les jours	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Tous les jours	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Tous les jours
P.A.I (si OUI, joindre le P.A.I complet)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Informations concernant les responsables légaux

<u>Responsable 1</u>	<u>Responsable 2</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Situation familiale : Célibataire / Union libre / Concubin / Marié / Pacsé / Séparé / Divorcé / Veuf	Situation familiale : Célibataire / Union libre / Concubin / Marié / Pacsé / Séparé / Divorcé / Veuf
Date de naissance :	Date de naissance :
Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre	Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Tél portable :	Tél portable :
Tél pro :	Tél pro :

Souhaitez-vous mettre en place le prélèvement automatique des factures ? (Uniquement pour les familles n'y ayant pas souscrit)

OUI (compléter le contrat et joindre un RIB)

NON

Assurance responsabilité civile

Assureur :

Numéro d'assurance :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence et à venir récupérer l'enfant

<u>Contact</u>	<u>Contact</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél :	Tél :
Portable :	Portable :
<u>Contact</u>	<u>Contact</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél :	Tél :
Portable :	Portable :

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.

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies / intolérances			
Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
<input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Autres
Si oui, préciser :	Si oui, préciser :	Si oui, préciser :	Si oui, préciser :

Régime alimentaire			
Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande	<input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande

Informations complémentaires

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 structures.	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

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.

Signature(s)