



DOSSIER D'INSCRIPTION (CANTINE-GARDERIE) (1 par famille)

A RETOURNER DUMENT COMPLETE **A LA MAIRIE**

**(JOINDRE UNE COPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE**

**+ QUOTIENT FAMILIAL CAF OU MSA**

**+ RIB + mandat de prélèvement)**

**CANTINE (12h15-13h35) ET/OU GARDERIE (7h30-8h35 / 16h15-18h30)**

NOM et Prénom de l'élève : ..... Classe à la rentrée : .....

NOM et Prénom de l'élève : ..... Classe à la rentrée : .....

NOM et Prénom de l'élève : ..... Classe à la rentrée : .....

**1<sup>er</sup> REPRESENTANT LEGAL (personne facturée)**

NOM : ..... Prénom : .....

☎ Fixe..... ☎ Travail..... ☎ Portable.....

Adresse mail : .....@.....

Adresse : .....

Situation Familiale : ..... Date et lieu de naissance : .../.../... - .....

**2<sup>ème</sup> REPRESENTANT LEGAL**

NOM : ..... Prénom : .....

☎ Fixe..... ☎ Travail..... ☎ Portable.....

Adresse mail : .....@.....

Adresse : .....

Situation Familiale : ..... Date et lieu de naissance : .../.../... - .....

NOM – PRENOM tél. de la personne à contacter en cas d'accident :

..... ☎ .....

NOM et adresse du médecin traitant :

..... ☎ .....

**En cas d'urgence** : établissement dans lequel l'enfant devra être conduit :

.....

Compagnie d'assurance : .....

N° du contrat (extra-scolaire) : ..... (joindre 1 copie de l'attestation d'assurance)

**Personnes autorisées à reprendre le ou les enfant(s) :**

NOM	Prénom	Téléphone
.....	.....	☎ .....
.....	.....	☎ .....
.....	.....	☎ .....
.....	.....	☎ .....

(en cas de reprise par une personne ne figurant pas sur cette liste, ne pas oublier de lui donner une autorisation écrite)

NOM Prénom De l'élève	Cocher si CANTINE	Cocher si GARDERIE	Cocher si PAI

--	--	--	--

**SI VOTRE ENFANT BENEFICE D'UN PAI**  
(Projet d'Accueil Individualisé)

- Avec traitement  Sans traitement  
*Cochez les cases*

Je soussigné, .....

Responsable de l'enfant (nom/prénom/classe) .....

- RECONNAIT** avoir fourni à la Mairie un exemplaire du PAI pour l'année **2023/2024**
- AUTORISE** la Mairie de SALON LA TOUR à transmettre une copie du PAI de mon enfant au personnel municipal et à toutes personnes intervenant sur les temps périscolaires.

**Si PAI avec médicament(s) :**

- AUTORISE** le personnel municipal et les personnes intervenant sur les temps périscolaires à administrer, le cas échéant, le traitement fourni **UNIQUEMENT DABS LE CADRE D'UN PAI ACCOMPAGNE DE L'ORDONNANCE.**
- RECONNAIT** avoir fourni à la Mairie de SALON LA TOUR le traitement (accompagné de l'ordonnance de prescription dans un sac identifié au nom, prénom et classe de l'enfant) et avoir également identifié les boites de médicaments (au nom, prénom, classe de l'enfant).

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (indiquez dans cette rubrique toutes informations concernant votre (vos) enfant(s) et que vous jugez utile de nous transmettre : lunettes, lentilles, prothèses auditives, ... Pour les gardes alternés vous pouvez nous indiquer ici le roulement des semaines.

.....  
.....  
.....  
.....

**AUTORISATIONS : J'autorise**

Cochez les cases

- La commune à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et notamment toute intervention décidée par un médecin.
- A photographier et/ou filmer mon (mes) enfant(s) dans le cadre des services périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (bulletin, site internet, affichage école...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon (mes) enfant(s) à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.
- Je m'engage à informer la Mairie de toute modification qui surviendrait en cours d'année concernant la présence de mon enfant au temps de garderie.

**INFORMATION SUR LA COLLECTE DES DONNEES PERSONNELLES**

**Utilisation des données :**

**Responsable de la collecte :** Mairie de SALON LA TOUR, 9 place de la mairie 19510 SALON LA TOUR

**Finalité de la collecte :** la collecte de ces données a pour finalité la gestion d'ensemble des services périscolaires.

**Traitement des données :** en vertu de l'article 27 de la loi du 06/01/1978 les personnes sont avisées que leurs coordonnées seront enregistrées sur support informatique.

**Durée de conservation** des données : ces données seront concernées le temps nécessaire au règlement des sommes dues.

**Droit de la personne :** vous bénéficier d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la Mairie de SALON LA TOUR.

**Je soussigné(e) déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ces documents, être informé(e) des tarifs et avoir pris connaissance de la totalité des documents.**

Fait à ..... Le : .....

Signature du 1<sup>er</sup> représentant légal :

Signature du 2<sup>ème</sup> représentant légal :