

Photo

Récente et
obligatoire



RESTAURATION SCOLAIRE MUNICIPALE

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2023-2024



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Date de naissance ____/____/____ Age _____

Ecole fréquenté _____ Classe _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

	Mère ☐ Père ☐ Autre ☐	Mère ☐ Père ☐ Autre ☐
NOM PRÉNOM		
ADRESSE		
@		
 Fixe		
Portable		
Employeur		
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR		
ASSURANCE	COMPAGNIE _____ N° : _____	Attestation fournie ☐

CESSION DE DROIT A L'IMAGE (indispensable pour avoir des souvenirs de la session de votre enfant)

Ceci est l'autorisation de photographier et filmer votre enfant lors des temps de restauration et d'utiliser les prises de vues principalement à des fins d'information et de promotion (développement éventuel de photos, réalisation d'une affiche, parution dans le journal local, parution sur le site internet ou compte Facebook de la ville de Longuenesse)

Le représentant légal autorise expressément la ville de LONGUENESSE à réaliser, conserver, divulguer, publier, diffuser ou exploiter les prises de vue de son enfant, effectuées. Ces prises de vue pourront être utilisées par la ville de LONGUENESSE dans leur intégralité ou par extrait, telles quelles ou modifiées pendant une durée de 5 années à compter de la signature de la présente.

Cette cession se fait sans contrepartie financière.

Je soussigné(e) (Nom et Prénom du responsable légal, _____) autorise la ville de LONGUENESSE à réaliser, diffuser et publier les prises de vue de mon enfant.

(Nom / Prénom) : _____

Date et signature du responsable légal

INFORMATION RGPD

La mairie de LONGUENESSE traite vos données dans le cadre de la gestion de la Restauration Scolaire Municipale. Les données sont traitées uniquement par le service en charge de la Restauration Scolaire. La liste des adresses postales peut-être communiquée aux élus et aux acteurs et partenaires susceptibles d'intervenir auprès des familles inscrites. Le service Communication de la commune est habilité à traiter l'adresse électronique des personnes le cas échéant, à des fins de communication spécifique. Les données sont conservées pendant la durée d'inscription de l'enfant au service Restauration Scolaire. Passé ce délai, elles seront détruites définitivement dans le cadre des règles légales de conservation. Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, d'effacement de vos données, ou encore de limitation de leurs traitements. Pour exercer vos droits, **cliquez ici** : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/formulaire-de-saisie-du-dpo>. Le Centre de Gestion du Pas-de-Calais est le délégué à la protection des données de la commune. Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) si vous le jugez utile. Pour tout renseignement sur la protection de vos données, contactez le service des Affaires Scolaires à la mairie au : scolaire@ville-longuenesse.fr ou restaurationsscolaire@ville-longuenesse.fr

DOCUMENTS A PRESENTER IMPÉRATIVEMENT (Pour l'inscription définitive du mineur).

Photocopie de l'attestation d'assurance en cours de validité (Responsabilité Civile)

Fiche d'inscription et fiche sanitaire de liaison complétées

Une copie du PAI pour les enfants concernés

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom _____ Prénom _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

ALLERGIES

Asthme	Oui ☐	Non ☐	Médicamenteuses	Oui ☐	Non ☐
Alimentaires	Oui ☐	Non ☐	Autres	Oui ☐	Non ☐

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Fournir une copie du PAI et les médicaments correspondant (boîtes dans leur emballage d'origine, marquées du nom de l'enfant avec la prescription médicale)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE ET PAI

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?

☐ Non ☐ Sans porc ☐ Végétarien

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc... ?

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

Nom et téléphone du Médecin Traitant : Dr _____ ☎ _____

Je soussigné (e), _____, responsable légal de l'enfant _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la restauration scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :

