



CADRE RESERVE A LA MAIRIE

NOM DE FAMILLE :

N° URGENCE FAMILLE :

Dossier reçu le :

Dossier validé le :

**DOSSIER ADMINISTRATIF – INSCRIPTION RESTAURATION**

ANNEE SCOLAIRE : ...../.....

Dossier à constituer pour l'inscription administrative aux différents services communaux

	<u>Responsable légal n°1</u> (destinataire des factures)	<u>Responsable légal n°2</u>
NOM d'usage		
Nom de famille		
Prénom		
Date et lieu de naissance		
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale/PACS <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale/PACS <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Divorcée(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Adresse domicile		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
Adresse courriel		
Société d'assurance		
Numéro de contrat		
Paieement des prestations	<input type="checkbox"/> E-Paiement <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Prélèvement (compléter le mandat SEPA)	

	ENFANT 1	ENFANT 2
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Classe		
Personne à prévenir en cas d'urgence	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
Personnes autorisées à venir chercher ou accompagner l'enfant (autre que responsables légaux)	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
Restaurant scolaire	Votre enfant mangera : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)	Votre enfant mangera : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)
Nom du médecin traitant		
Tél. médecin traitant		
	<input type="checkbox"/> Autorise le personnel du service de restauration scolaire municipal à prendre toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.	<input type="checkbox"/> Autorise le personnel du service de restauration scolaire municipal à prendre toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.
	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant n'est allergique à aucun aliment et ne présente pas de problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires périscolaires	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant n'est allergique à aucun aliment et ne présente pas de problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires périscolaires
	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant est allergique à certains aliments ou présente un problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires de cantine et dans ce cas un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sera constitué.	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant est allergique à certains aliments ou présente un problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires de cantine et dans ce cas un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sera constitué.

Renseignements complémentaires :

J'autorise la commune à utiliser l'image de mon (mes) enfant(s) au travers de photos ou films pris au cours de leurs activités :

- Pour toute exposition de photos internes, pour les activités ou pour remise aux autres parents dont les enfants sont représentés sur ces images  
☐ OUI      ☐ NON
- Pour toute éventuelle parution par voie de presse ou informatique  
☐ OUI      ☐ NON

#### ENGAGEMENT

Je soussigné (é) ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

Je m'engage à signaler toute modification de situation (familiale, vaccination, maladie, coordonnées, ...).

Je m'engage à régler les prestations relatives aux services fréquentés par mon (mes) enfant(s).

Je suis informé(e) que l'inscription des enfants implique l'adhésion pleine et entière aux règlements des services fréquentés.

Fait à :

Le :

Signature

#### Documents à fournir **obligatoirement**

- ☐ ☐ Le présent dossier dûment complété, daté et signé. (à fournir chaque année)
- ☐ ☐ Copie du livret de famille (première inscription uniquement)
- ☐ ☐ Copie des pages vaccinations du carnet de santé (par enfant) (première inscription uniquement)
- ☐ ☐ Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (si changement/première inscription)
- ☐ ☐ Extrait de jugement ou convention en cas de séparation ou divorce avec le planning de garde en cas de garde alternée (si changement/première inscription)
- ☐ ☐ Attestation de responsabilité civile ou d'assurance scolaire mentionnant l'extension de couverture aux services périscolaires (à fournir chaque année)
- ☐ ☐ Photo d'identité (1 par enfant) (première inscription uniquement)
- ☐ ☐ Mandat de prélèvement (SEPA) joint accompagné d'un **RIB** si vous souhaitez payer les prestations par ce moyen (sous réserve de l'accord du Trésor Public, le formulaire vous sera remis ultérieurement)

☐ Copies des pièces d'identité des parents requises pour le paiement de la cantine, à la demande de la trésorerie.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et à la facturation des activités. Elles seront détruites dans un délai de 6 mois, à la fin de la scolarité du dernier enfant ou à défaut de paiement dans le délai de 6 mois suivant le règlement des prestations dues. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, et aux dispositions du Règlement Général de la Protection des Données, vous êtes informés que vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant à la mairie.

	ENFANT 3	ENFANT 4
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Classe		
Personne à prévenir en cas d'urgence	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que responsables légaux)	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :	Nom, Prénom, lien avec l'enfant Téléphone :
Restaurant scolaire	Votre enfant mangera : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)	Votre enfant mangera : <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement (indiquer les jours concernés) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Selon planning (à donner en mairie chaque fin de mois pour le mois suivant)
Nom du médecin traitant		
Tél. médecin traitant		
	<input type="checkbox"/> Autorise le personnel du service de restauration scolaire municipal à prendre toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.	<input type="checkbox"/> Autorise le personnel du service de restauration scolaire municipal à prendre toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.
	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant n'est allergique à aucun aliment et ne présente pas de problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires périscolaires	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant n'est allergique à aucun aliment et ne présente pas de problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires périscolaires
	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant est allergique à certains aliments ou présente un problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires de cantine et dans ce cas un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sera constitué.	<input type="checkbox"/> Atteste que mon enfant est allergique à certains aliments ou présente un problème médical nécessitant un traitement pendant les horaires de cantine et dans ce cas un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) sera constitué.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ENFANT 1 A INSCRIRE

NOM : ..... Sexe : M ☐ F ☐  
Prénom(s) : ..... / ..... / .....  
Né(e) le : ..... / ..... / .....  
Lieu de naissance (commune et département. Pays si hors de France) : .....  
Classe : .....

### ENFANT 2 A INSCRIRE

NOM : ..... Sexe : M ☐ F ☐  
Prénom(s) : ..... / ..... / .....  
Né(e) le : ..... / ..... / .....  
Lieu de naissance (commune et département. Pays si hors de France) : .....  
Classe : .....

### ENFANT 3 A INSCRIRE

NOM : ..... Sexe : M ☐ F ☐  
Prénom(s) : ..... / ..... / .....  
Né(e) le : ..... / ..... / .....  
Lieu de naissance (commune et département. Pays si hors de France) : .....  
Classe : .....

### RESPONSABLES LÉGAUX

Mère Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐  
NOM de jeune fille : ..... Prénom : .....  
NOM marital (nom d'usage) : ..... Situation Familiale (1).....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. travail : .....  
Courriel (Obligatoire) : .....  
Profession : .....

Père Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐  
NOM : ..... Prénom : .....  
Situation Familiale (1).....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. travail : .....  
Courriel (Obligatoire) : .....  
Profession : .....

### Autre responsable légal

NOM : ..... Prénom : .....  
Ou Nom de l'Organisme : ..... Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐  
Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. travail : .....  
Courriel (Obligatoire) : .....

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant, certifions que les renseignements portés sur ce document sont exacts et nous engageons à informer toutes les structures en cas de changement.

Fait le.....

Signature des représentants légaux

(1)- Célibataire, Marié(e), Veuve,  
Divorcé(e), Séparée, Concubin(e), Pacsé(e)

## **REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES (RGPD)**

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée,  
relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Règlement (UE) 2016/679 et directive 2016/680  
du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016

Loi n° 2018-493 du 20/06/2018 relative à la protection des données personnelles

Conformément aux prescriptions législatives et réglementaires rappelées ci-dessus, vous êtes informé que les données personnelles que vous avez communiquées à la Mairie d'AVENSAN dans le cadre de la demande d'inscription de votre enfant à l'école et d'accès au service de restauration scolaire pour l'année 2020 – 2021 feront l'objet d'un traitement informatisé.

Vos données recueillies dans ce formulaire sont destinées au Maire de la commune d' AVENSAN en sa qualité de « Responsable du traitement », aux seules fins de bonne gestion administrative, technique et juridique de cette aide délivrée aux ayants droits, et ne seront en aucun cas utilisées ni diffusées à d'autres fins.

A l'issue d'un délai de un an après la classe de CM2 ou après un départ en cours d'année, la famille sera notée en mode « partie » dans le logiciel de traitement des données, lesquelles ne seront plus accessibles sans qu'il soit nécessaire que vous en formuliez la demande.

Vous disposez d'un droit d'interrogation et de rectification qui vous permet, le cas échéant, de faire compléter, mettre à jour ou verrouiller les données personnelles vous concernant qui vous paraîtraient inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées (*ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation serait interdite.*)

N.B. : Le droit d'opposition qui est acquis à l'usager qui a communiqué ses données, ne recouvre pas les traitements nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle l'administration pourrait être soumise.

Fait le .....  
Signature des représentants légaux  
précédée de la mention « lu et  
approuvé »

## **DROIT A L'IMAGE – AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), ..... autorise mon/mes enfant(s)  
..... à être photographié et/ou filmé dans le cadre d'activités sur  
les temps de la restauration scolaire : OUI ☐ NON ☐

Fait le .....  
Signature des représentants légaux  
précédée de la mention « lu et  
approuvé »



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **La Mairie d'Avensan** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **La Mairie d'Avensan**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR94ZZZ85701B

## DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

## DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : Mairie de Avensan

Adresse : 3 Place Saint Pierre

Code postal : 33480

Ville : AVENSAN

Pays : France

SIRET : 213300 229 00016

## DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

## IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

## IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif **Y**Paiement ponctuel **Y**

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

## Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par **la Mairie d'Avensan**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec **la Mairie d'Avensan**.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.