



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023/2024



Enfant à inscrire

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Classe : Nom de l'enseignant :

PHOTO

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) à la cantine :
 oui non

Repas sans porc : oui non

=> **Inscription à l'année scolaire :**

Tous les jours Tous les lundis Tous les mardis Tous les jeudis Tous les vendredis

=> **Inscription sur jours variables au mois**

Les parents

Nom :
Prénom :
Date de naissance (1) :
Lieu de naissance (1) :
Adresse :
Code Postal et Commune :
N° de tél domicile :
N° de tél portable :
N° de tél professionnel :
Courriel :

Parent 1

Parent 2

Autre personne à contacter en cas d'urgence (2) :
Nom : Lien de parenté :
N° de tél :

(1) données enregistrées de manière cryptée destinées au Trésor Public dans un but d'identitovigilance

(2) facultatif

Tiers délégataire (personne physique ou morale) suite à une décision du juge aux affaires familiales

Nom : Prénom :
Adresse :
Numéro de téléphone domicile : Numéro de téléphone portable :
Courriel :

Paiement

- Prélèvement bancaire (en cas de 1^{ère} inscription ou changement de compte, fournir un RIB et remplir l'autorisation de prélèvement)
 Autres moyens de paiement

Responsabilité civile

Parent 1 :

Parent 2 :

Certifie être titulaires d'une assurance responsabilité civile en cours de validité susceptible d'intervenir en cas de sinistre engageant la responsabilité personnelle de mon enfant.

Nom de la compagnie :

N°de contrat :

Date :

Signature des parents :

Fiche de liaison

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée : oui non

Si oui, lequel :

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire :

oui non

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

Précisez :

Autorisation d'hospitalisation

Nous soussignés :

Responsables légaux de l'enfant autorisons en cas d'urgence, le SIVOS DE L'UNION à faire appel au SAMU ou aux pompiers et à faire transporter notre enfant dans un établissement hospitalier.

Médecin traitant :

N°de Tel :

Date :

Signature des parents :

Règlement intérieur

Parent 1 :

Parent 2 :

Certifie avoir pris connaissance du présent règlement intérieur de la cantine et s'engagent à respecter toutes les clauses (règlement disponible sur les sites des mairies et sur demande au secrétariat du SIVOS DE L'UNION)

Date :

Signature des parents :

Droit à l'image

Nous soussignés

Autorisons le SIVOS DE L'UNION à photographier et à filmer notre enfant dans le cadre de la cantine afin d'illustrer des supports de communication des communes du regroupement pédagogique et du SIVOS DE L'UNION (journal, affiches, site web) et donnons notre consentement à la diffusion de l'image de notre enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront, en aucun cas, l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.

Date :

Signature des parents :

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par le SIVOS DE L'UNION sis à 90 route d'Etainhus 76430 Graimbouville dans le cadre de la gestion de la restauration scolaire. Ces données seront conservées pendant la durée d'inscription de l'enfant à la cantine.

Vous pouvez consulter le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.