

Informations sur la famille :

	Responsable légal 1 <input type="radio"/> père <input type="radio"/> mère <input type="radio"/> tuteur	Responsable légal 2 <input type="radio"/> père <input type="radio"/> mère <input type="radio"/> tuteur
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Code postal / Ville		
Téléphone personnel		
Adresse mail		
Profession		
Employeur : nom		
Adresse		
Téléphone		
A prendre en compte comme adresse de facturation	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui
<b>N° Allocation de la CAF</b>		

**Cadre réservé aux familles d'accueil**

Nom :  Prénom :

Adresse :  Code postal :  Ville :

Téléphone personnel :  Adresse mail :

Facturation à la famille d'accueil :  Oui

**Informations enfants :**

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexe	<input type="radio"/> Féminin	<input type="radio"/> Féminin	<input type="radio"/> Féminin	<input type="radio"/> Féminin
	<input type="radio"/> Masculin	<input type="radio"/> Masculin	<input type="radio"/> Masculin	<input type="radio"/> Masculin
Né(e) le	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
École	<input type="radio"/> Publique	<input type="radio"/> Publique	<input type="radio"/> Publique	<input type="radio"/> Publique
	<input type="radio"/> Privée	<input type="radio"/> Privée	<input type="radio"/> Privée	<input type="radio"/> Privée
Classe 2023-2024	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fréquentation	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Permanente
	<input type="checkbox"/> Permanente partielle	<input type="checkbox"/> Permanente partielle	<input type="checkbox"/> Permanente partielle	<input type="checkbox"/> Permanente partielle
	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Lundi
	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mardi
	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Jeudi
	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Vendredi
	<input type="checkbox"/> Occasionnelle	<input type="checkbox"/> Occasionnelle	<input type="checkbox"/> Occasionnelle	<input type="checkbox"/> Occasionnelle
Vaccination	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
DT POLIO, date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Maladies chroniques	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Allergies médicamenteuses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Allergies alimentaires	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Régime alimentaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si enfant supplémentaire, fiche téléchargeable sur le site Internet de la commune ou directement en mairie.

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

### **Autorisation en cas d' Urgence :**

J'autorise le personnel de la cantine à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures nécessaires justifiées par l'état de mon enfant.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, mon enfant pourra être transporté à l'hôpital par les services de secours.

Oui  Non

### **Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom / Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### **Droit à l'image :**

La commune peut être amenée à diffuser sur ses supports de communication (bulletin municipal – site internet – etc.) des photos/vidéos sur lesquels pourraient apparaître votre enfant.

Dans le respect de la réglementation sur le droit à l'image, la commune doit recueillir votre consentement express concernant la prise et la diffusion de ces photos/vidéos.

J'autorise la Mairie d'Aubigné-Racan a diffuser, sur tout support de communication communal (ex : bulletin municipal, site internet, etc.), les photographies/vidéos sur lesquelles mon enfant est susceptible de figurer dans le cadre des activités périscolaires au sein de la commune (et uniquement dans ce cadre).

Oui  Non

(Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et libertés », modifiée et Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD)  
En remplissant ce formulaire remis à la Commune d'Aubigné-Racan, vous autorisez la collecte de Données à Caractère Personnel (DCP) vous concernant (vous et votre enfant) et leur utilisation dans le cadre de la gestion de la restauration scolaire.

Le traitement de ces DCP, effectué sur la base de votre consentement, est nécessaire pour assurer ces services dans les meilleures conditions (inscription, contact en cas de besoin, envoi d'informations, facturation).

Ces DCP seront conservées par la Commune le temps nécessaire pour atteindre les finalités de ce traitement. Et dans le cadre du traitement de ces données, sont prises toutes les mesures de sécurité appropriées pour les protéger.

Sauf disposition législative, réglementaire ou décision de justice contraire, l'accès à ces DCP sera restreint aux personnes habilitées à les traiter et le cas échéant aux prestataires techniques dans le respect de la réglementation. Elles seront transmises à la Trésorerie de Montval-sur-Loir.

Conformément aux dispositions du RGPD, vous disposez des droits suivants dans les conditions précisées par ce règlement :

-Droit d'accès aux données, de portabilité-de rectification ou d'effacement de ces données,

-Droit à la limitation du traitement de ces données ou d'opposition à ce traitement.

Pour exercer ces droits ou pour formuler toute autre demande concernant le traitement de ces DCP, vous pouvez contacter par écrit (courrier ou mail), accompagné d'un justificatif d'identité, le responsable du traitement (Maire de la Commune), à l'adresse suivante : Place De l'Hôtel de Ville – 72800 Aubigné-Racan et/ou le Délégué à la Protection des Données (Atesart, mail : [dpo@sarthe.fr](mailto:dpo@sarthe.fr)).

Vous pouvez également, si vous le jugez nécessaire, prendre contact avec l'autorité de contrôle compétente à l'adresse suivante : [contact@cnil.fr](mailto:contact@cnil.fr).

**Déclaration d'inscription et approbation du règlement intérieur**  
**Restaurant scolaire - année 2023-2024**

Je (nous) soussigné(s) :

Responsable(s) légal (légaux) de (nom, prénom) :

- Certifie l'exactitude des renseignements mentionnés dans le dossier et m'engage à signaler tous changements.
- Certifie sur l'honneur que l'inscription au restaurant scolaire de mon (mes) enfant(s) est effectuée conjointement, en accord avec l'article 372-2 du Code civil, à l'égard « de tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant ».
- Certifie avoir lu et accepté le règlement intérieur du restaurant scolaire des écoles maternelles et élémentaires d'Aubigné-Racan et y adhère sans aucune réserve.
- Reconnais avoir pris connaissance des mentions légales *Règlement Général sur la Protection des Données* figurant en bas de la page 3 et accepte que mes données soient utilisées aux fins décrites dans ce texte.

Fait à :

le :

Signature :

*Précédée de la mention « lu et approuvé »*

*Responsable légal 1*

*Responsable légal 2*

- En cochant cette case, j'atteste (nous attestons) avoir lu, approuvé et signé électroniquement ce formulaire