

# Inscription restauration Et accueil périscolaire du matin Année scolaire 2024/2025

Cadre réservé à l'administration  
Date de réception : \_\_\_\_\_  
Par : \_\_\_\_\_  
Dossier saisi par : \_\_\_\_\_  
le : \_\_\_\_\_  
QF : \_\_\_\_\_

## MON ENFANT

Nom de l'école \_\_\_\_\_  Maternelle  Elémentaire

**NOM et Prénom :** .....

Date de naissance : ---/---/--- Lieu de naissance : ..... Sexe :  M  F

Adresse (résidence principale) : .....

CP : ..... Ville : .....

## MA FAMILLE : Personnes habitant avec l'enfant *(merci de signaler les changements d'adresse en cours d'année)*

	Parent ou représentant (e) 1	Parent ou représentant (e) 2
	<input type="checkbox"/> Père, <input type="checkbox"/> mère, <input type="checkbox"/> beau-père, <input type="checkbox"/> belle -mère Autorité parentale sur l'enfant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Père, <input type="checkbox"/> mère, <input type="checkbox"/> beau-père, <input type="checkbox"/> belle -mère Autorité parentale sur l'enfant : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom		
Prénom		
Situation familiale :	<b>Rayer les mentions inutiles :</b> <input type="checkbox"/> <b>Séparé</b> <input type="checkbox"/> <b>Divorcé</b> <i>(S- D fournir un titre justifiant de l'autorité parentale ou une mention de la perte de l'autorité parentale)</i>	
@ courriel		
☎ Fixe		
☎ Portable		
☎ Professionnel		

## LE CAS ECHEANT : Père / Mère n'habitant pas avec l'enfant :

Père /  Mère Autorité parentale  oui  non

NOM et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

@ e-mail \_\_\_\_\_ ☎ portable \_\_\_\_\_

## MA FACTURATION

**Fournir dernière attestation de la CAF faisant ressortir le QF ou dernier avis d'imposition**

*Documents facultatifs s'ils ne sont pas fournis, le tarif plein sera appliqué  j'accepte*

### GARDE ALTERNEE :

**oui** - Fournir le jugement et une attestation datée et signée des deux parents précisant le mode de garde retenue, le mode de facturation, *(semaine paire, impaire en joignant un calendrier annuel)* **et compléter une fiche d'inscription pour chaque parent**

**non** - Facturation :  Père /  Mère, à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_

## MES RESERVATIONS ANNUELLES : Jours d'inscription

**Attention tout jour coché = facturation** *(sauf absence justifiée par un certificat médical déposé en Mairie à partir du 2<sup>ème</sup> jour - 1 jour de carence retenu -)*

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	A compter du :
<b>Garderie du matin</b> <i>(réservée à l'un des deux parents qui travaille ou en formation sur justificatif)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
<b>Restauration</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

**Dispositifs accessibles dès le jour de la rentrée pour la restauration le 02/09/24 et le 03/09 pour la garderie du matin**  
 La radiation doit être transmise par écrit en mairie, permettant ainsi d'arrêter la facturation

## MES CONTACTS

Personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant en charge, **en dehors des parents** de l'enfant déjà mentionnés sur le dossier.

Nom et Prénom

Qualité *ex : grands-parents, tante...*

Téléphone

*La ville est déchargée de toute responsabilité une fois que l'enfant est sorti de l'école.*

## MES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**Vaccins à jour :** photocopies du carnet de santé à joindre (pages concernant la vaccination)

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est-il en place ou nécessaire ?  Oui  Non

Allergie(s) alimentaire(s) nécessitant un régime adapté :  Oui  Non

Si oui, à quel(s) aliment(s) : .....

Autres recommandations utiles que vous souhaitez notifier (maladie, allergie médicamenteuse, asthme, ... précisant les précautions à prendre) : .....

Habitude alimentaire :  Oui, laquelle : \_\_\_\_\_  Non

## MES AUTORISATIONS

J'autorise la direction de l'éducation et de la réussite éducative à utiliser les données relatives aux questions de santé de mon enfant (*indispensable pour permettre une prise en charge de votre enfant*)

oui  non J'autorise l'hospitalisation de mon enfant dans l'établissement le plus proche, si son état le nécessite

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Atteste que mon enfant est assuré sur les temps périscolaires (assurance responsabilité civile / garantie individuelle).

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des règlements intérieurs des différents services pour lesquels je demande l'inscription de mon enfant et m'engage à les respecter et les faire respecter.

Je certifie sur l'honneur la sincérité des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription et m'engage à signaler au cours de l'année 2024/2025, à la Direction de l'Education et de la Réussite Educative toute modification intervenue dans ma situation (changement d'adresse, composition familiale, ressources, ...).

Fait à Elbeuf sur Seine, le \_\_\_\_\_

Signature des responsables légaux précédée de la mention « lu et approuvé »

**Responsable 1**

Nom, prénom, qualité

**Responsable 2**

Nom, prénom, qualité

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par la Maire d'Elbeuf sur seine sis 1 Place Aristide Briand 76500 Elbeuf sur Seine **afin d'assurer l'encadrement des enfants et pour la facturation et la réalisation du traitement du dossier unique 2024/2025 (inscription restaurant scolaire et/ou garderie du matin).**

Le responsable de traitement a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données.

Le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investie la Mairie d'Elbeuf sur Seine (Articles L. 227-4 et R. 227-1 du code de l'action sociale et des familles ; articles L. 2324-1 et R. 2324-17 du code de la santé publique).

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : **la direction de l'éducation, les référents des écoles et le personnel des écoles en charge de ces dispositifs et les directions d'écoles.** Les données sont conservées pour une durée de 10 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, ou exercer votre droit d'opposition au traitement. Vous bénéficiez également d'un droit à la limitation du traitement. Les droits à la portabilité et à l'effacement ne s'appliquent pas à l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données ou le service chargé de l'exercice de ces droits à l'adresse suivante : mesdonnees@mairie-elbeuf.fr ou par voie postale : Mairie – DPO- Place Aristide Briand- 76500 ELBEUF SUR SEINE. Si vous estimez que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.