

## RESTAURATION SCOLAIRE ET ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

### FICHE D'INSCRIPTION

#### ENFANT

NOM : Prénom :  
Age : Nationalité :  
Sexe : Né(e) le : / / Lieu de naissance :

#### FAMILLE

Nom(s) du (ou des) responsable(s) :  
Adresse :

Quartier : E-Mail : @  
Situation familiale : Régime de sécurité sociale :  
Nombre total d'enfant(s) : Assurance :  
Nombre d'enfant(s) à charge : N° police assurance :

#### Responsable 1

#### Responsable 2

<p>Nom : Prénom : Adresse :  Né(e) le : / / Lieu : Nationalité : Téléphone fixe : Mobile : N°allocataire CAF : Profession : Employeur : Téléphone travail : Autorité parentale : oui / non</p>	<p>Nom : Prénom :  Né(e) le : / / Lieu : Nationalité : Téléphone fixe : Mobile : N°allocataire CAF : Profession : Employeur : Téléphone travail : Autorité parentale : oui / non</p>
--	--

#### Informations scolaires

Année scolaire : École :  
Classe : Nom de l'enseignant :

#### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone domicile	Téléphone portable	Lien avec la famille

#### Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone domicile	Téléphone portable	Lien avec la famille

#### Autorisations

	Oui	Non
De consultation du quotient familial CAF (obligatoire)		
D'hospitalisation/urgence (obligatoire)		
De filmer et photographier sur les temps ALSH		
De filmer et photographier sur les temps périscolaires		
De quitter seul(e) l'ALSH		
De quitter seul(e) l'accueil périscolaire du soir		

Pour recevoir des informations sur l'ALSH

**Informations santé/alimentation/allergie de l'enfant**

Nature	Oui/Non	Merci de préciser la cause de l'allergie (l'aliment, le médicament concerné...)	Existence d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) oui/non *	Conduite à tenir, médicaments...
Allergie alimentaire				
Asthme				
Allergie médicamenteuse				
Autres (ex : sans viande, insectes..)				

**\*Si nécessité d'un PAI : à faire au plus vite avec la direction de l'école**

**Vaccins**

Vaccins	Obligatoire	Date dernière vaccination	Date prochaine vaccination
DT/POLIO	oui		
HEPATITE B	oui		
MENINGOCOQUE	oui		
PNEUMOCOQUE	oui		
ROR	oui		

**Médecin**

Nom du médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone

**Indiquer ci-après :**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération .....

**Autres précautions à prendre :**

**En cas d'absence du n° d'allocataire CAF du Finistère : nous fournir votre dernier avis d'imposition**

Fait à :

le :

Signature :

**Merci de bien vouloir compléter ce document et de le remettre au service Éducation, afin de procéder aux premières réservations des repas. Sans retour de votre part, les repas seront facturés 6 €.**

Vos données et celles de votre (vos) enfant(s) sont nécessaires aux affaires scolaires/animation/ALSH et comptabilité de la collectivité pour assurer l'inscription et le suivi de votre (vos) enfant(s) aux services proposés par la mairie (cantine, garderie, accueil de loisirs). Elles sont communiquées au Trésor Public pour la facturation. Vous disposez de droits sur vos données que vous pouvez exercer auprès du service concerné ou du délégué à la protection des données de l'établissement. Pour connaître vos droits et les modalités, veuillez consulter la notice d'information affichée : <https://www.douarnenez.bzh/systeme/politique-de-confidentialite/>

La fiche de renseignements relative à l'inscription de vos enfants aux services proposés par la commune est un traitement de données personnelles géré par la Ville de Douarnenez en sa qualité de responsable de traitement. Les informations personnelles collectées vous concernant et concernant votre(s) enfant(s) nous permettent d'assurer la gestion de l'ensemble des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires et extrascolaires. Les finalités sont notamment les inscriptions, le suivi et la facturation desdits services. Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale et au trésor public en charge de leur traitement, dans la limite de leurs attributions respectives. Ces informations sont obligatoires et nécessaires à la commune pour l'exercice de ses missions d'intérêt public. Ces données personnelles sont conservées 5 ans ou 10 ans (si le calcul du coût de la prestation se base sur le quotient familial). Vous avez le droit d'accéder à vos informations personnelles, ou de les faire rectifier. Vous pouvez également demander la limitation de vos données et/ou vous opposer au traitement de vos données. Pour exercer vos droits, vous pouvez adresser votre demande au service concerné : [dpo@douarnenez.bzh](mailto:dpo@douarnenez.bzh), Mairie de Douarnenez, 16 rue Berthelot 29100 Douarnenez ou à notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [protection.donnees@cdq29.bzh](mailto:protection.donnees@cdq29.bzh) ou La Cellule RGPD, Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Finistère, 7 Boulevard du Finistère, 29000 Quimper. La collectivité ou le délégué à la protection des données sera susceptible de vous demander un justificatif d'identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.