

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE ÉLÉMENTAIRE 2020/2021

COMPLÉTEZ CE DOSSIER À RETOURNER AUPRÈS DU SERVICE AFFAIRES SCOLAIRES AVANT LE 21 AOÛT 2020

RÉSERVATION RESTAURATION SCOLAIRE

☐ RÉGULIÈRE

➤ JOURS DE PRÉSENCE : ☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI

☐ OCCASIONNELLE

ENFANT 1

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

École : ☐ O. LEROY ☐ E. BASLY ☐ A. LAMENDIN

Classe rentrée 2020 : ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ ULIS

Adresse du domicile de l'enfant : ☐ Représentant(e) 1 ☐ Représentant(e) 2 ☐ Représentant(e) 3

ENFANT 2

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

École : ☐ O. LEROY ☐ E. BASLY ☐ A. LAMENDIN

Classe rentrée 2020 : ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ ULIS

Adresse du domicile de l'enfant : ☐ Représentant(e) 1 ☐ Représentant(e) 2 ☐ Représentant(e) 3

ENFANT 3

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

École : ☐ O. LEROY ☐ E. BASLY ☐ A. LAMENDIN

Classe rentrée 2020 : ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ ULIS

Adresse du domicile de l'enfant : ☐ Représentant(e) 1 ☐ Représentant(e) 2 ☐ Représentant(e) 3

SITUATION FAMILIALE

☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire

Garde alternée ☐ OUI ☐ NON

Semaine du père ☐ Paire ☐ Impaire

Semaine de la mère ☐ Paire ☐ Impaire

REPRÉSENTANT(E) 1 ☐ Père ☐ Mère

Nom: Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse du domicile :

.....

Téléphone personnel : Téléphone professionnel :

Email :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

REPRÉSENTANT(E) 2 ☐ Père ☐ Mère

Nom: Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse du domicile :

.....

Téléphone personnel : Téléphone professionnel :

Email :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

REPRÉSENTANT(E) 3 ☐ Assistante familiale ☐ Autre :

Nom: Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse du domicile :

.....

Téléphone personnel : Téléphone professionnel :

Email :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

INFORMATIONS FACTURATION

Adresse de facturation : ☐ Représentant(e) 1 ☐ Représentant(e) 2 ☐ Représentant(e) 3

Sans cette information, le payeur par défaut sera le représentant(e) 1

La facture est bimestrielle. Elle est à régler au Centre des Finances Publiques de Lens.

CONTACTS MAJEURS AUTRES QUE LES REPRÉSENTANTS (ES) 1, 2 ET 3 (autorisés à venir chercher l'enfant ou à être prévenus en cas d'urgence)

1. Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant : Téléphone personnel :

2. Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant : Téléphone personnel :

3. Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant : Téléphone personnel :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier. En accord avec l'article 372-2 du code civil « à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant », je certifie en outre sur l'honneur que l'inscription restauration scolaire est effectuée conjointement.
- Je m'engage à informer la Commune de Loos-en-Gohelle de tout changement relatif aux renseignements fournis qui interviendrait au cours de l'année. La Commune de Loos-en-Gohelle décline toute responsabilité en cas d'informations erronées ou incomplètes figurant dans ce dossier.
- Je certifie avoir pris connaissance du règlement de la restauration scolaire et m'engage à le respecter.
- Je certifie être à jour des paiements des factures des années précédentes, condition obligatoire pour toute réinscription à la restauration scolaire.

Fait à

Le


« Lu et approuvé »
Signature du/de la représentant(e) légal(e)

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES

- Livret de famille,
- Justificatif de domicile : avis d'imposition, taxe d'habitation, bail, assurance habitation, factures de moins de 3 mois ou échéancier : gaz, électricité, eau, quittance de loyer,
- Attestation d'assurance responsabilité civile des parents,
- Pour les familles affiliées à une CAF : document de la CAF faisant apparaître le n° d'allocataire.

CONTACTS

INSCRIPTIONS - INFORMATIONS : Service Affaires Scolaires

 03.21.69.88.77

INFORMATION INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer l'inscription à la restauration scolaire, ainsi qu'à gérer la facturation.

Les données sont conservées le temps de la scolarité de l'enfant ou pour les services payants, une durée nécessaire au recouvrement des sommes dues.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation ou d'opposition aux informations qui vous concernent.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le service chargé de l'exercice de ces droits : Nathalie TELLART / nathalie.tellart@loos-en-gohelle.fr / 03 21 69 88 77 / Mairie - Place de la République - 62750 Loos-en-Gohelle.

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.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : Téléphone du médecin :

ENFANT 1	Nom Prénom
	Date de naissance
Date du dernier rappel DT POLIO (se référer au carnet de santé de l'enfant)	
L'enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ? (allergies ou autre pathologie*, traitements en cours, contre-indications...)	

ENFANT 2	Nom Prénom
	Date de naissance
Date du dernier rappel DT POLIO (se référer au carnet de santé de l'enfant)	
L'enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ? (allergies ou autre pathologie*, traitements en cours, contre-indications...)	

ENFANT 3	Nom Prénom
	Date de naissance
Date du dernier rappel DT POLIO (se référer au carnet de santé de l'enfant)	
L'enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ? (allergies ou autre pathologie*, traitements en cours, contre-indications...)	

* Si votre enfant présente un trouble de santé (pathologie, allergie ou intolérance alimentaire...) ou un handicap, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être établi à chaque rentrée scolaire. Nous invitons les familles à prendre contact avec le chef d'établissement scolaire et votre médecin traitant.

AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e) représentant(e) légal(e) de l'enfant ou des enfants, nommé(s) précédemment, déclare exacts les informations médicales portées sur cette fiche et autorise l'hospitalisation et l'anesthésie de mon enfant ou mes enfants, nommé(s) précédemment au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il(s) aurai(en)t à subir une intervention chirurgicale. Seul le médecin du SAMU prend la décision du lieu d'hospitalisation.

Fait à

Le

« Lu et approuvé »
Signature du/de la représentant(e) légal(e)