



DEMANDE D’INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE
ANNEE SCOLAIRE 202_/202_

Les inscriptions sont à renouveler chaque année scolaire. Elles ne sont pas tacitement reconductibles.

LES DOSSIERS DEVRONT ETRE DEPOSES AU GUICHET UNIQUE FAMILLE EN MAIRIE ou envoyé par mail au **guf@braspanon.re**

LA FAMILLE	
COORDONNEES DU RESPONSABLE LEGAL QUI EST A LA CHARGE DES ENFANTS	
Responsable légal 1 : Mère ☐ Père ☐ ou Tuteur ☐ NOM PRENOM DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ADRESSE..... CODE POSTAL..... COMMUNE..... Téléphone fixe..... Téléphone portable..... Téléphone professionnel..... Adresse mail..... PROFESSION..... Situation familiale : marié(e) ☐ vie maritale ☐ divorcé(e) ou séparé(e) ☐ célibataire ☐ Pacsé(e) ☐ veuf (ve)	
Responsable légal 2 : Mère ☐ Père ☐ ou Tuteur ☐ NOM PRENOM DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ADRESSE..... CODE POSTAL..... COMMUNE..... Téléphone fixe..... Téléphone portable..... Téléphone professionnel..... Adresse mail..... PROFESSION.....	
NUMERO D’ALLOCATAIRE CAF SOUHAITEZ-VOUS L’INSCRIPTION AU PORTAIL FAMILLE ☐ PAIEMENT EN LIGNE Oui ☐ Non ☐ Mail obligatoire :.....	

LES ENFANTS	
1 ^{er} Enfant : école d’affectation : CLASSE : NOM : PRENOM : Né(e) le : à : PAI ? ☐ OUI, lequel ?..... ☐ NON GARDERIE PERISCOLAIRE MATERNELLE : ☐ OUI ☐ NON Tarif : 60€ le semestre ☐ SEMESTRE 1 (Août à Janvier) ☐ SEMESTRE 2 (Février à Juillet) Horaire : 7h-8h / 15h30-17h	
2 ^{ème} Enfant : école d’affectation : CLASSE : NOM : PRENOM : Né(e) le : à : PAI ? ☐ OUI, lequel ?..... ☐ NON GARDERIE PERISCOLAIRE MATERNELLE : ☐ OUI ☐ NON Tarif : 60€ le semestre ☐ SEMESTRE 1 (Août à Janvier) ☐ SEMESTRE 2 (Février à Juillet) Horaire : 7h-8h / 15h30-17h	
3 ^{ème} Enfant : école d’affectation: CLASSE : NOM : PRENOM : Né(e) le : à : PAI ? ☐ OUI, lequel ?..... ☐ NON GARDERIE PERISCOLAIRE MATERNELLE : ☐ OUI ☐ NON Tarif : 60€ le semestre ☐ SEMESTRE 1 (Août à Janvier) ☐ SEMESTRE 2 (Février à Juillet) Horaire : 7h-8h / 15h30-17h	



4^{ème} Enfant : école d’affectation: CLASSE :.....
NOM :..... PRENOM :.....
Né(e) le : à :.....

PAI ? ☐ OUI, lequel ?..... ☐ NON

GARDERIE PERISCOLAIRE MATERNELLE : ☐ OUI ☐ NON
Tarif : 60€ le semestre ☐ SEMESTRE 1 (Août à Janvier) ☐ SEMESTRE 2 (Février à Juillet) Horaire : 7h-8h / 15h30-17h

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERE ET/OU APPELER EN CAS D’URGENCE (hormis les parents)

1- NOM ET PRENOM :.....
 NUMERO DE TELEPHONE :.....
 LIEN DE PARENTE AVEC LES/OU L’ENFANT(S).....

2- NOM ET PRENOM :.....
 NUMERO DE TELEPHONE :.....
 LIEN DE PARENTE AVEC LES/OU L’ENFANT(S).....

- PIECES A JOINDRE UNE PREMIERE INSCRIPTION :**

- Copie justificatif de domicile de moins de 3 mois

- Attestation de la CAF de moins de 3 mois (quotient familial).

- Livret famille
- PIECES A JOINDRE POUR UN RENOUVELLEMENT :**

- Copie justificatif de domicile de moins de 3 mois
- JUSTIFICATIF DE PRISE EN CHARGE AUX FRAIS DE LA RESTAURATION SCOLAIRE (Conseil Départemental, IRSAM, Foyer de l’Enfance).**

- PIECES A JOINDRE POUR LA GARDERIE PERISCOLAIRE MATERNELLE :**
- Copie des pages de vaccination

- Attestation d’assurance en responsabilité civile

Protection des données personnelles :

Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné à gérer les inscriptions pour la restauration scolaire et les activités périscolaires, et auquel vous consentez dans le cadre des objectifs mentionnés.

Les informations demandées sont obligatoires pour le traitement de votre demande. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l’instruction de votre dossier.

Conformément au Règlement (UE) Général à la Protection des Données 2016/679 du 27 avril 2016, nous vous informons que le responsable de traitement est la Mairie de Bras-Panon.

Les destinataires sont le responsable de traitement, le Maire de Bras-Panon et, au regard de leurs missions respectives, le pôle enfance famille, les écoles, la restauration scolaire, la direction des finances communales et les finances publiques, ainsi que toute personne légalement autorisée à accéder aux données (services judiciaires, le cas échéant).

Les données enregistrées sont conservées le temps de la scolarité de l’enfant, et selon les prescriptions des Archives de France.

Dans la mesure où cela est compatible avec l’activité du traitement, vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement ou de limitation des informations qui vous concernent, ainsi qu’un droit d’opposition à leur traitement et d’un droit à la portabilité de vos données. Le consentement exprès lié aux conditions d’usage des informations à l’inscription peut être retiré à tout moment. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à la Déléguée à la protection des données de la mairie de Bras-Panon par courrier (Hôtel de ville, 89 RN 2, 97412 Bras-Panon), par mail (dpo@braspanon.re), ou par téléphone (0262 51 50 50).

Si, après avoir contacté le responsable de traitement, vous estimez que vos droits liés au RGPD n’ont pas été respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.

☐ Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD et donner mon consentement.

Fait à Bras-Panon, le ...

.....



ANNEE SCOLAIRE 202_/_202_

NOM DE L’ELEVE OU DE LA FRATRIE (si mêmes restrictions) : _____
PRENOMS DE L’ELEVE : _____
ECOLE + CLASSE :

RESTRICTIONS ALIMENTAIRES, ALLERGIES, INTOLERANCES

Vous devez impérativement joindre un certificat médical s’il s’agit d’une allergie ou d’un régime spécifique lié à la santé.

- **ALLERGIES**

☐ CRUSTACES
☐ GLUTEN
☐ CŒUF
☐ CELERI
☐ SOJA

☐ PRODUITS LAITIERS
☐ POISSON
☐ FRUITS A COQUE
☐ MOUTARDE
☐ GRAINES DE SESAME

☐ FRUITS DE MER
☐ ARACHIDE
☐ FRUITS ROUGES
☐ LUPIN / MOLLUSQUES
AUTRE : _____

- **CONTRAINTES ALIMENTAIRES**

☐ BŒUF
☐ CABRIS
☐ PORC

AUTRE : _____

- **CONTRAINTES DE SANTE (INTELORANCES)**

☐ ANANAS
☐ SANS SEL
☐ SANS SUCRE

AUTRE : _____

DATE ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL



ANNEE SCOLAIRE 202_/_202_

NOM DE L’ELEVE OU DE LA FRATRIE (si mêmes restrictions) : _____
PRENOMS DE L’ELEVE : _____
ECOLE + CLASSE :

RESTRICTIONS ALIMENTAIRES, ALLERGIES, INTOLERANCES

Vous devez impérativement joindre un certificat médical s’il s’agit d’une allergie ou d’un régime spécifique lié à la santé.

- **ALLERGIES**

☐ CRUSTACES
☐ GLUTEN
☐ CŒUF
☐ CELERI
☐ SOJA

☐ PRODUITS LAITIERS
☐ POISSON
☐ FRUITS A COQUE
☐ MOUTARDE
☐ GRAINES DE SESAME

☐ FRUITS DE MER
☐ ARACHIDE
☐ FRUITS ROUGES
☐ LUPIN / MOLLUSQUES
AUTRE : _____

- **CONTRAINTES ALIMENTAIRES**

☐ BŒUF
☐ CABRIS
☐ PORC

AUTRE : _____

- **CONTRAINTES DE SANTE (INTELORANCES)**

☐ ANANAS
☐ SANS SEL
☐ SANS SUCRE

AUTRE : _____

DATE ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL