RESTAURANT SCOLAIRE DE SAINT VINCENT DE CONNEZAC

FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026

Ces renseignements resteront confidentiels et ne seront consultés que par les responsables du restaurant scolaire

Pour la facturation, merci de remplir le mandat de prélèvement et de fournir le RIB <u>seulement pour les</u> <u>nouveaux inscrits ou s'il y a un changement de compte bancaire.</u>

Nom:	Prénom	
Date et lieu de naissance :		
		Classe:
T . Th		
Les Parents :		
Situation de famille : mariés, vie maritale 🗆 célib	ataire \square	divorcés, séparés ⊔ veuf (ve) ⊔
Dansanna avant la sanda da Danfant .		
Personne ayant la garde de l'enfant :		
Personne assurant le paiement :		
Coordonnées :		
1 ^{er} : Nom :	2 ^{ème} :	Nom:
Prénom:		Prénom:
Adresse:		Adresse:
Turesse		
Date/ lieu de naissance :	Date /	lieu de naissance :
Portable:	Dortoble	e :
Profession:		on:
Lieu et tél. de travail :		tél. de travail :
Lieu et tei. de travair		ter. de travair
	•••••	
Administratif:		
Régime : Général Sécurité Sociale □ MSA	П	RMI Autre:
Regime: General Securite Sociale - Mish		
N° d'Allocataire CAF : (fourni	ir chagu	e année une attestation du quotient
familial CAF pour l'application de la nouvelle tarifi		
N° de Sécurité Sociale de l'assuré pour l'enfant :		
-		
Santé et Soins particuliers :		
<u> </u>		
Recommandation Particulières:		
Recommandation Particulières:		
Recommandation Particulières : Régime alimentaire :		
Recommandation Particulières : Régime alimentaire :		
Recommandation Particulières: Régime alimentaire: Allergies: En cas de besoin: Médecin traitant à contacter: Nom:		tél :
Recommandation Particulières: Régime alimentaire: Allergies: En cas de besoin: Médecin traitant à contacter: Nom: Personne à prévenir: Nom:		tél :
Recommandation Particulières: Régime alimentaire: Allergies: En cas de besoin: Médecin traitant à contacter: Nom:		tél :
Recommandation Particulières: Régime alimentaire: Allergies: En cas de besoin: Médecin traitant à contacter: Nom: Personne à prévenir: Nom:		tél :
Recommandation Particulières: Régime alimentaire: Allergies: En cas de besoin: Médecin traitant à contacter: Nom: Personne à prévenir: Nom:		tél :
Régime alimentaire : Régime alimentaire : Allergies : En cas de besoin : Médecin traitant à contacter : Nom : Personne à prévenir : Nom : Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant votre entité.	fant :	tél :
Régime alimentaire : Régime alimentaire : Allergies : En cas de besoin : Médecin traitant à contacter : Nom : Personne à prévenir : Nom : Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant votre entité.	fant :	tél :
Régime alimentaire : Régime alimentaire : Allergies : En cas de besoin : Médecin traitant à contacter : Nom : Personne à prévenir : Nom : Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant votre entire de la contacter : Je soussigné, Madame, Monsieur renseignements portés sur cette fiche et autorise les researches.	fant :	tél: tél: tél: tél: déclare exacts les es du restaurant scolaire à prendre le cas
Régime alimentaire : Régime alimentaire : Allergies : En cas de besoin : Médecin traitant à contacter : Nom : Personne à prévenir : Nom : Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant votre entité.	fant :	tél: tél: tél: tél: déclare exacts les es du restaurant scolaire à prendre le cas
Recommandation Particulières: Régime alimentaire: Allergies: En cas de besoin: Médecin traitant à contacter: Nom: Personne à prévenir: Nom: Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant votre entire Je soussigné, Madame, Monsieur renseignements portés sur cette fiche et autorise les reféchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de	fant :	tél: tél: tél: tél: déclare exacts les es du restaurant scolaire à prendre le cas
Régime alimentaire : Régime alimentaire : Allergies : En cas de besoin : Médecin traitant à contacter : Nom : Personne à prévenir : Nom : Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant votre entire de la contacter : Je soussigné, Madame, Monsieur renseignements portés sur cette fiche et autorise les researches.	fant :	tél: tél: tél: tél: déclare exacts les es du restaurant scolaire à prendre le cas
Recommandation Particulières: Régime alimentaire: Allergies: En cas de besoin: Médecin traitant à contacter: Nom: Personne à prévenir: Nom: Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant votre entire Je soussigné, Madame, Monsieur renseignements portés sur cette fiche et autorise les reféchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de	fant :	tél: tél: tél: tél: déclare exacts les es du restaurant scolaire à prendre le cas
Recommandation Particulières: Régime alimentaire: Allergies: En cas de besoin: Médecin traitant à contacter: Nom: Personne à prévenir: Nom: Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant votre entire de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la commandation particular de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter sur cette fiche et autorise de la contacter sur cette fiche et autorise les reséchéants de la contacter	fant :	tél: tél: tél: tél: déclare exacts les es du restaurant scolaire à prendre le cas
Recommandation Particulières: Régime alimentaire: Allergies: En cas de besoin: Médecin traitant à contacter: Nom: Personne à prévenir: Nom: Autre(s) renseignement(s) utile(s) concernant votre entire Je soussigné, Madame, Monsieur renseignements portés sur cette fiche et autorise les reféchéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de	fant :	tél: tél: tél: tél: déclare exacts les es du restaurant scolaire à prendre le cas

La commune de Saint Vincent de Connezac recueille et traite les données personnelles de ce formulaire afin de gérer la cantine communale. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 25/05/2018 et à la loi Informatique et Libertés modifiée par la loi du 20 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, à la limitation des traitements, à la suppression des données vous concernant. Les destinataires de ces informations sont les services administratifs et le Trésor Public.

Informations RGPD

Ce traitement de vos données est réalisé dans le cadre d'un service public.

Les catégories de données traitées sont:

- -Les données relatives aux représentants légaux de l'enfant: nom, prénom, adresse postale, téléphone, adresse électronique, catégorie socioprofessionnelle.
- -Les données relatives à l'enfant: nom, prénom, date de naissance, téléphone, régime alimentaire, renseignements médicaux (vaccinations, allergies, recommandations des parents)
- -Les données relatives aux personnes autorisées à venir chercher le mineur ou à prévenir en cas d'urgence: nom, prénom, lien de parenté, téléphone.

Le renseignement des données est obligatoire pour permettre à la collectivité de Saint Vincent de Connezac d'assurer l'accueil et la sécurité de l'enfant à la cantine. Le recueil des pièces justificatives et des données de situation financière est obligatoire pour réaliser la facturation du service.

Les personnes concernées par le traitement sont: l'enfant inscrit, les représentants légaux de l'enfant, les personnes autorisées à venir chercher l'enfant, les personnes à prévenir en cas d'urgence.

Les destinataires des données sont les suivants :

- le Maire ou l'élu en charge des affaires scolaires
- les agents assurant la gestion du service et chargés des opérations administratives et comptables;
- les services du comptable public ou des établissements bancaires financiers ou postaux concernés par les opérations de mise en recouvrement;

Ces données seront conservées:

- -5 ans pour les demandes d'inscriptions, les listes d'élèves et les fiches administratives;
- -10 ans pour les pièces comptables et le recouvrement;

Vous pouvez exercer vos droits sur vos propres données et celles des enfants mineurs dont vous êtes responsable en remplissant le formulaire dédié auprès de la collectivité de SAINT VINCENT DE CONNEZAC ou en contactant le délégué à la protection des données aux coordonnées suivantes: ATD 24, 2 place Hoche, 24 000 PERIGUEUX ou dpd.mutualise@atd24.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL ou par voie postale.

La commune de Saint Vincent de Connezac recueille et traite les données personnelles de ce formulaire afin de gérer la cantine communale. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 25/05/2018 et à la loi Informatique et Libertés modifiée par la loi du 20 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, à la limitation des traitements, à la suppression des données vous concernant. Les destinataires de ces informations sont les services administratifs et le Trésor Public.