



**Formulaire d'ouverture d'un compte famille
pour le paiement des repas pris à la
CANTINE DE VIVONNE**

Année 2012/2013

☞ **PARENTS OU RESPONSABLE :**

Père

Mère

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

N° téléphone du domicile :

N° téléphone du domicile :

N° téléphone mobile :

N° téléphone mobile :

Courriel :

Courriel :

Cocher l'adresse courriel principale

Souhaite recevoir un état du compte par courriel

Autre personne responsable

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone :

Courriel :

☞ **Où nous joindre dans la journée :**

- **Père** : Nom de l'entreprise.....

Adresse :

N° de tél. :

- **Mère** : Nom de l'entreprise.....

Adresse :

N° de tél.

☞ **ENFANTS :**

Premier enfant scolarisé

Nom..... Prénom.....

Adresse (si différente parent).....

Classe suivie : Nom de l'enseignant :

Date de Naissance : sexe : F M

Autorise la publication d'une photo sur la fiche du dossier (accès sécurisé)

Il sera présent régulièrement aux repas du

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnellement

SANTE: Votre enfant est-il sujet à un traitement médical ou un régime: oui non

A-t-il été fait un *Projet d'Accueil Individualisé (PAI)*: oui non

J'autorise la commune à prévenir le médecin traitant, le docteur :

..... à tél. :

Si l'état de l'enfant le rend nécessaire ou prendre toute mesure d'urgence.

Second enfant scolarisé

Nom..... Prénom.....

Adresse (si différente parent).....

Classe suivie : Nom de l'enseignant :

Date de Naissance : sexe : F M

Autorise la publication d'une photo sur la fiche du dossier (accès sécurisé)

Il sera présent régulièrement aux repas du

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnellement

et m'engage à en assumer les frais au tarif en vigueur.

SANTE: Votre enfant est-il sujet à un traitement médical ou un régime: oui non

A-t-il été fait un *Projet d'Accueil Individualisé (PAI)*: oui non

J'autorise la commune à prévenir le médecin traitant, le docteur :

..... à tél. :

Si l'état de l'enfant le rend nécessaire ou prendre toute mesure d'urgence.

Troisième enfant scolarisé

Nom..... Prénom.....

Adresse (si différente parent).....

Classe suivie : Nom de l'enseignant :

Date de Naissance : sexe : F M

Autorise la publication d'une photo sur la fiche du dossier (accès sécurisé)

Il sera présent régulièrement aux repas du

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnellement

et m'engage à en assumer les frais au tarif en vigueur.

SANTE: Votre enfant est-il sujet à un traitement médical ou un régime: oui non

A-t-il été fait un *Projet d'Accueil Individualisé (PAI)*: oui non

J'autorise la commune à prévenir le médecin traitant, le docteur :

..... à tél. :

Si l'état de l'enfant le rend nécessaire ou prendre toute mesure d'urgence.

Je m'engage à en assumer les frais au tarif en vigueur et déclare avoir pris connaissance du règlement.

Fait à Vivonne, le

(Signature du parent ou responsable)

Monsieur le Maire informe :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer le traitement des paiements des repas pris à la restauration scolaire de Vivonne. Les destinataires des données sont les agents régisseurs de la commune de Vivonne en charge du suivi des paiements des repas pris à la restauration scolaire.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Monsieur le Maire, commune de Vivonne

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.