

**RENSEIGNEMENTS FAMILLE**

Situation familiale : Marié(e)  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf (veuve)  Célibataire  Pacsé(e)

Nombre de personne vivant au foyer :

(1) Responsable légal de l'enfant :

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Tél :		Tél :	
Adresse mail :	Profession :		Employeur :

(2) Responsable légal de l'enfant :

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Tél :		Tél :	
Adresse mail :	Profession :		Employeur :

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant :

Nom :		Prénom :	
tél :			
Nom :		Prénom :	
tél :			
Nom :		Prénom :	
tél :			
Nom :		Prénom :	
tél :			

**FACTURATION :**

Madame :  **OU** Monsieur :  **OU** Autre :  
Garde alternée :  (fournir obligatoirement un planning signé par les deux parents)

Je (nous) soussigné(s), déclare(ons) avoir pris connaissance du règlement intérieur des différents services périscolaires de la Mairie et en accepte(ons) les termes.

Signature Madame :	Signature Monsieur :	Date :
--------------------	----------------------	--------

**SERVICES PÉRISCOLAIRES - RENSEIGNEMENTS 1<sup>ER</sup> ENFANT**

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

**Votre enfant :**

➤ Mange-t-il du porc ?  oui  non

➤ Mange-t-il de la viande ?  oui  non

➤ a-t-il une allergie alimentaire ou médicamenteuse ? :

➤ est-il asthmatique ?  oui  non

➤ a-t-il un PAI ? :  oui  non

➤ nom du médecin traitant : ➤ autorisez-vous le transfert à l'hôpital ?  oui  non

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	OU	EXCEPTIONNEL
CANTINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
GARDERIE MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
GARDERIE SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ETUDE SURVEILLÉE DU CE1 AU CM2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**SERVICES PÉRISCOLAIRES -RENSEIGNEMENTS 2<sup>ème</sup> ENFANT**

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

**Votre enfant :**

➤ Mange-t-il du porc ?  oui  non

➤ Mange-t-il de la viande ?  oui  non

➤ a-t-il une allergie alimentaire ou médicamenteuse ? :

➤ Est-il asthmatique ?  oui  non

➤ A-t-il un PAI ?  oui  non

➤ nom du médecin traitant : ➤ Autorisez-vous le transfert à l'hôpital ?  oui  non

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	OU	EXCEPTIONNEL
CANTINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
GARDERIE MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
GARDERIE SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ETUDE SURVEILLÉE DU CE1 AU CM2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**SERVICES PÉRISCOLAIRES -RENSEIGNEMENTS 3<sup>ème</sup> ENFANT**

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

**Votre enfant :**

➤ Mange-t-il du porc ?  oui  non

➤ Mange-t-il de la viande ?  oui  non

➤ a-t-il une allergie alimentaire ou médicamenteuse ? :

➤ est-il asthmatique ?  oui  non

➤ a-t-il un PAI ? :  oui  non

➤ nom du médecin traitant :  ➤ autorisez-vous le transfert à l'hôpital ?  oui  non

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	OU	EXCEPTIONNEL
CANTINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
GARDERIE MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
GARDERIE SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ETUDE SURVEILLÉE DU CE1 AU CM2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**SERVICES PÉRISCOLAIRES -RENSEIGNEMENTS 4<sup>ème</sup> ENFANT**

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

**Votre enfant :**

➤ Mange-t-il du porc ?  oui  non

➤ Mange-t-il de la viande ?  oui  non

➤ a-t-il une allergie alimentaire ou médicamenteuse ? :

➤ est-il asthmatique ?  oui  non

➤ a-t-il un PAI ? :  oui  non

➤ nom du médecin traitant :  ➤ autorisez-vous le transfert à l'hôpital ?  oui  non

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	OU	EXCEPTIONNEL
CANTINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
GARDERIE MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
GARDERIE SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ETUDE SURVEILLÉE DU CE1 AU CM2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SERVICES PÉRISCOLAIRES - RENSEIGNEMENTS 5<sup>ème</sup> ENFANT

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

**Votre enfant :**

➤ Mange-t-il du porc ?  oui  non

➤ Mange-t-il de la viande ?  oui  non

➤ a-t-il une allergie alimentaire ou médicamenteuse ? :

➤ est-il asthmatique ?  oui  non

➤ a-t-il un PAI ? :  oui  non

➤ nom du médecin traitant :  ➤ autorisez-vous le transfert à l'hôpital ?  oui  non

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	OU	EXCEPTIONNEL
CANTINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
GARDERIE MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
GARDERIE SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ETUDE SURVEILLÉE DU CE1 AU CM2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

# A COMPLETER UNIQUEMENT DANS LE CADRE D'UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

## AUTORISATION DE PRISE ET DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e), Mme ou M. :

Autorise la Mairie du Mesnil-Esnard à prendre mon (mes) enfant(s) :

- 
- 
- 

En photo dans le cadre de son régime alimentaire particulier à la cantine scolaire, selon les modes de diffusion suivants :

Dossier administratif de la cantine scolaire (stocké dans une armoire fermant à clé)

Cette autorisation est consentie pour une durée correspondant à la scolarisation à l'école du Mesnil-Esnard.

La prise de photo s'inscrit dans l'élaboration d'un trombinoscope permettant ainsi aux agents de la commune d'identifier et assurer une bonne distribution des repas.

J'ai été informé(e) que les images ne seront pas utilisées dans un but commercial et reconnais que les utilisations ci-dessus énoncées ne portent pas atteinte à ma vie privée et ne me portent pas préjudice.

Fait au Mesnil-Esnard, le

Signature :

*La Mairie du Mesnil-Esnard, place du Général de Gaulle CS 40003 76240 Le Mesnil-Esnard. La commune a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 2 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données.*

*Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la réalisation du trombinoscope des enfants ayant un régime alimentaire particulier sur le temps du périscolaire.*

*Ce recueil de données est basé sur le consentement des personnes concernées. Les données ne sont destinées qu'à la Mairie de Mesnil-Esnard et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pour une durée correspondant à la scolarisation de l'enfant à l'école du Mesnil-Esnard.*

*Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant.*

*Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter [mairie@le-mesnil-esnard.fr](mailto:mairie@le-mesnil-esnard.fr). Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.*

## ENGAGEMENT D'INSCRIPTION ÉTUDE SURVEILLÉE DE 16H30 A 18H00 ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

Nous proposons un service d'étude surveillée facultatif et au nombre de places limitées pour les enfants scolarisés en CE1, CE2, CM1 et CM2.

Le présent engagement doit parvenir au service périscolaire de la mairie le plus tôt possible et dans tous les cas avant **le 21 septembre 2020**.

Je soussigné(e) Mme ou M. :

**M'engage à inscrire mon (mes) enfant(s) à l'étude surveillée pendant toute la durée de l'année scolaire 2020/2021, aux jours suivants :**

Nom et prénom de l'enfant :	Nom et prénom de l'enfant :	Nom et prénom de l'enfant :
Classe :	Classe :	Classe :
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Lundi
<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mardi
<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Vendredi

Je m'engage à respecter scrupuleusement le règlement intérieur que je reconnais avoir lu dans son entier.

Fait au Mesnil-Esnard, le

**Signature :**

## ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI - RENSEIGNEMENTS 1<sup>er</sup> ENFANT

PÉRIODE DU MERCREDI 2 SEPTEMBRE 2020 AU MERCREDI 30 JUIN 2021

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

### Votre enfant :

- Mange-t-il du porc ?       oui       non
- Mange-t-il de la viande ?       oui       non

Tranches d'âge	DU MERCREDI 2/09 AU MERCREDI 30/06
3 – 5 ans inclus	<input type="checkbox"/>
6 – 8 ans inclus	<input type="checkbox"/>
9 ans et plus	<input type="checkbox"/>

- Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00
- N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00

### **Compléter une fiche sanitaire par enfant**

## ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI - RENSEIGNEMENTS 2<sup>ème</sup> ENFANT

PÉRIODE DU MERCREDI 2 SEPTEMBRE 2020 AU MERCREDI 30 JUIN 2021

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

### Votre enfant :

➤ Mange-t-il du porc ?  oui  non

➤ Mange-t-il de la viande ?  oui  non

Tranches d'âge	DU MERCREDI 2/09 AU MERCREDI 30/06
3 – 5 ans inclus	<input type="checkbox"/>
6 – 8 ans inclus	<input type="checkbox"/>
9 ans et plus	<input type="checkbox"/>

Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00

N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00

### **Compléter une fiche sanitaire par enfant**



## ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI - RENSEIGNEMENTS 3<sup>ème</sup> ENFANT

PÉRIODE DU MERCREDI 2 SEPTEMBRE 2020 AU MERCREDI 30 JUIN 2021

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

### Votre enfant :

- Mange-t-il du porc ?       oui       non
- Mange-t-il de la viande ?       oui       non

Tranches d'âge	DU MERCREDI 2/09 AU MERCREDI 30/06
3 – 5 ans inclus	<input type="checkbox"/>
6 – 8 ans inclus	<input type="checkbox"/>
9 ans et plus	<input type="checkbox"/>

Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00

N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00

### **Compléter une fiche sanitaire par enfant**

## ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI - RENSEIGNEMENTS 4<sup>ème</sup> ENFANT

PÉRIODE DU MERCREDI 2 SEPTEMBRE 2020 AU MERCREDI 30 JUIN 2021

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

### Votre enfant :

- Mange-t-il du porc ?       oui       non
- Mange-t-il de la viande ?       oui       non

Tranches d'âge	DU MERCREDI 2/09 AU MERCREDI 30/06
3 – 5 ans inclus	<input type="checkbox"/>
6 – 8 ans inclus	<input type="checkbox"/>
9 ans et plus	<input type="checkbox"/>

Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00

N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00

### **Compléter une fiche sanitaire par enfant**

## ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI - RENSEIGNEMENTS 5<sup>ème</sup> ENFANT

PÉRIODE DU MERCREDI 2 SEPTEMBRE 2020 AU MERCREDI 30 JUIN 2021

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	
Ecole :	Classe :

### Votre enfant :

➤ Mange-t-il du porc ?  oui  non

➤ Mange-t-il de la viande ?  oui  non

Tranches d'âge	DU MERCREDI 2/09 AU MERCREDI 30/06
3 – 5 ans inclus	<input type="checkbox"/>
6 – 8 ans inclus	<input type="checkbox"/>
9 ans et plus	<input type="checkbox"/>

Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00

N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs à 17h00

### **Compléter une fiche sanitaire par enfant**