

FORMULAIRE Restaurant Scolaire Municipal

Ville de Saint-Jean-de-Monts

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour l'inscription, la gestion, la prise de contact et la facturation de la restauration scolaire municipale. Les données sont conservées pour une durée de 5 ans et sont destinées à un usage interne par le service affaires scolaires de la Ville de Saint-Jean-de-Monts. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant de préférence par voie électronique à l'adresse contact@mairie-saintjeandemonts.fr ou à défaut par voie postale : Ville de Saint-Jean-de-Monts, service informatique, 18, rue de la Plage, 85160 Saint-Jean de Monts.

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour l'inscription au restaurant scolaire municipal aux fins d'inscription, de gestion, de prise de contact, et de facturation.

En cochant cette case, j'accepte la collecte d'informations :

Enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Père

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Complément : _____

CP & Ville : _____

E-Mail : _____

Téléphone mobile : _____

Téléphone travail : _____

Téléphone domicile : _____

Date de naissance : _____

N° allocataire CAF : _____

Informations médicales

Nom du médecin : _____

Téléphone : _____

Allergie alimentaire avec prescription médicale ou PAI : _____

observations de la famille : _____

Domicile

Adresse : _____

Complément : _____

CP & Ville : _____

Mère

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Complément : _____

CP & Ville : _____

E-Mail : _____

Téléphone mobile : _____

Téléphone travail : _____

Téléphone domicile : _____

Date de naissance : _____

N° allocataire CAF : _____

Payeur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP & Ville : _____

Téléphone mobile : _____

Téléphone travail : _____

Nom, prénom de l'enfant	Niveau	Classe	Professeur

L'enfant déjeunera dès la rentrée : oui non

Nombre d'enfant(s) scolarisé(s) au groupe scolaire de la Plage (Maternelle + Primaire) ou Orouët : _____

Recevoir la facture par e-mail : oui non

Date : _____

Signature des parents