

COMMUNE DE TERNAY

ECOLE : FLEVIEU

LES PIERRES

NOM DE L'ENFANT : ----- PRENOM : -----

DATE DE NAISSANCE : ----- CLASSE : -----

NOM DU REPRESENTANT LEGAL 1 :----- ADRESSE :----- TEL. :-----

NOM DU REPRESENTANT LEGAL 2 :----- ADRESSE :----- TEL. :-----

N° ALLOCATAIRE CAFAL : ----- QUOTIENT FAMILIAL CAFAL : -----

Je soussigné(e) : Représentant légal 1, Représentant légal 2, (1)(*) -----

- AUTORISE la structure à transporter mon enfant sur les lieux d'activité en car, à pieds.....
- AUTORISE la structure à utiliser l'image de mon enfant sur des supports tels internet, programme, Presse.
- AUTORISE le personnel encadrant à prendre les mesures nécessaires en cas de problème de santé (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), concernant mon enfant.
- PREND ACTE que tout médicament est interdit à la cantine (sauf P.A.I.).

MENUS : Porc Sans porc Viande Sans viande

NOMS ET N° DE TEL. DE PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE NECESSITE :

NOM DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT : ----- TEL : -----

MALADIES :

Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

Alimentaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Médicamenteuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres (animaux, plantes, pollen)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

TRAITEMENT MEDICAL :

DIFFICULTES DE SANTE :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Je soussigné(e)(*) -----certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés.

Fait à Ternay, le -----

Signature :

(1) Rayer les mentions inutiles

(*) Nom, prénom

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service scolaire en charge de la restauration scolaire de la ville de TERNAY, pour la gestion des inscriptions et le bon fonctionnement du service. Elles sont conservées pour une durée de 6 ans et sont uniquement destinées au personnel du service, ainsi qu'aux autres services dûment habilités et concernés de la collectivité. Pour toute autre information vous pouvez contacter le service au 04.72.49.85.13.

Conformément à la loi informatique et libertés de 1978 modifiée et au règlement Européen (RGPD 2016/679), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant le Délégué à la Protection des données : dpo@ternay.fr