



# CANTINE MUNICIPALE

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

\* Je soussigné, (nom, prénom du chef de famille) \_\_\_\_\_

\* Demeurant \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

\* Portable mère : \_\_\_\_\_

\* Portable père : \_\_\_\_\_

\* Mail : \_\_\_\_\_

!! (indispensable pour l'envoi de toute correspondance)

\* Caisse d'Assurance Maladie : \_\_\_\_\_

\* Caisse d'Allocations Familiales \_\_\_\_\_ \* N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_

\* Quotient Familial : \_\_\_\_\_ **INDISPENSABLE**

☞ Si le quotient familial n'est pas renseigné, la tarification supérieure sera appliquée

☞ Joindre au dossier d'inscription l'attestation CAF de quotient familial

Demande l'inscription de mon (mes) enfant(s) à la cantine municipale de Strazeele et m'engage à respecter le règlement de ce service et notamment les horaires de fonctionnement.

| Nom | Prénoms | Date de naissance | Classe |
|-----|---------|-------------------|--------|
|     |         |                   |        |
|     |         |                   |        |
|     |         |                   |        |
|     |         |                   |        |
|     |         |                   |        |

N'inscrit pas mon enfant à la cantine

Inscrit mon enfant à la cantine :

- Tous les jours
- Occasionnellement
- Régulièrement les lundis / mardis / jeudis / vendredis (\*)
- Selon le planning donné au plus tard le jeudi soir pour la semaine suivante

(\*) **Barrer la mention inutile**

Je soussigné ..... (père, mère ou tuteur) autorise les agents communaux à remettre mon (mes) enfant (s) à l'une des personnes que je désigne ci-dessous en cas de nécessité :

Mme, M .....  
Lien de parenté avec le ou les enfant(s) : .....  
Adresse et téléphone : .....

Mme, M .....  
Lien de parenté avec le ou les enfant(s) : .....  
Adresse et téléphone : .....

Mme, M .....  
Lien de parenté avec le ou les enfant(s) : .....  
Adresse et téléphone : .....

Renseignements médicaux concernant le ou les enfants (si allergie alimentaire, préciser les conséquences)

.....  
.....  
.....

Je soussigné ..... (père, mère ou tuteur) autorise le personnel communal à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident et à mettre en œuvre tout traitement urgent qui pourrait être jugé nécessaire par un médecin. Dans ce cas, je m'engage à rembourser les frais médicaux.

Autre renseignements utiles : .....  
.....  
.....  
.....

Je certifie exacts les renseignements figurant ci-dessus.

Fait à Strazeele, le

Signature

*La commune de Strazeele collecte ces données personnelles à des fins de gestion de la pause méridienne. Les données collectées sont destinées aux services de la Ville de Strazeele (indiquer éventuellement des partenaires susceptibles de consulter ces données : la CAF, par exemple ?). Elles seront conservées pendant 10 ans.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toutes questions sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par mail à [dpo@cc-flandreinterieure.fr](mailto:dpo@cc-flandreinterieure.fr) ou par courrier postal à Communauté de communes de Flandre intérieure, Hôtel Communautaire, 222 bis route de Vieux-Berquin 59190 Hazebrouck Cedex*

*Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

**\* A renseigner impérativement et à remettre en mairie**