Fiche de *liaison* 2025 / 2026

Restauration Scolaire & Temps de pause méridien

LE OU LES ENFANTS :

NOM Prénom	Sexe	Date de naissance	Ecole	Classe (2025-2026)	NOM – Prénom de l'enseignant(e)
	☐ fille ☐ garçon		☐ R.Doisneau ☐ St Pierre		
	☐ fille ☐ garçon		☐ R.Doisneau ☐ St Pierre		
	☐ fille ☐ garçon		☐ R.Doisneau ☐ St Pierre		
	☐ fille ☐ garçon		☐ R.Doisneau ☐ St Pierre		

RESPONSABLES LEGAUX : **(remplir 2 fiches d'inscription en cas de facturation partagée)**

Situation familiale :
☐Marié(e) ☐Pacsé(e) ☐Vie maritale ☐Divorcé(e) ☐Séparé(e) ☐Veuf(ve) ☐Célibataire ☐Garde alternée

Représentant n°1 :

NOM : ……..
Prénom : ……..
Date de naissance : ……..
Adresse : ……..
Code Postal : ……..
Ville : ……
Tél : domicile : _ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/
et/ou portable : _ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/
et/ou professionnel : _ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/
mail : ……..

Représentant n°2 :

NOM : ……..
Prénom : ……..
Date de naissance : ……..
Adresse : ……..
Code Postal : ……..
Ville : ……
Tél : domicile : _ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/
et/ou portable : _ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/
et/ou professionnel : _ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/_ _ _/
mail : ……..

MODE DE REGLEMENT :

☐ Prélèvement automatique (fournir mandat de prélèvement SEPA + RIB)
☐ Autres moyens de paiement (paiement par chèque directement auprès du Service de gestion comptable de Challans)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (pour chaque enfant) :

NOM et Prénom : ……

Allergies alimentaires : ☐ oui ☐ non
PAI (projet d'accueil individualisé) : ☐ oui (à fournir) ☐ non Date de validité : ……
Difficultés de santé, recommandations utiles des parents : ……
……

NOM et Prénom : ……

Allergies alimentaires : ☐ oui ☐ non
PAI (projet d'accueil individualisé) : ☐ oui (à fournir) ☐ non Date de validité : ……
Difficultés de santé, recommandations utiles des parents : ……
……

NOM et Prénom : ……

Allergies alimentaires : ☐ oui ☐ non

PAI (projet d'accueil individualisé) : ☐ oui (à fournir) ☐ non Date de validité : ……

Difficultés de santé, recommandations utiles des parents : ……

……

NOM et Prénom : ……

Allergies alimentaires : ☐ oui ☐ non

PAI (projet d'accueil individualisé) : ☐ oui (à fournir) ☐ non Date de validité : ……

Difficultés de santé, recommandations utiles des parents : ……

……

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné …… responsable légal du ou des enfant(s), déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐*Autorise* / ☐*N'Autorise Pas* que mon ou mes enfant(s) soit(ent) filmé(s) et photographié(s) dans le cadre des activités de la restauration scolaire et du temps de pause méridien et que leur image soit utilisée dans les supports d'information et de communication de la Commune de Commequiers.

☐*Autorise* / ☐*N'Autorise Pas* que mon ou mes enfant(s) soit(ent) filmé(s) et photographié(s) dans le cadre des activités de la restauration scolaire et du temps de pause méridien et que leur image soit utilisée dans les réseaux sociaux de la Commune de Commequiers.

☐Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et s'engage à le respecter.

☐Accepte que les informations recueillies sur ce formulaire soient enregistrées dans un fichier informatisé par la Communauté de communes et les communes du Pays de Saint Gilles Croix de Vie responsables des services proximité/enfance/scolaire/restauration/ jeunesse pour l'inscription, le suivi et la facturation du service (le refus d'acceptation rend impossible l'inscription au service).

☐En cas de difficultés liées à l'utilisation du Portail Famille, j'accepte que les services concernés se connectent à mon compte afin d'assurer l'assistance nécessaire à son bon fonctionnement.

Les données collectées sont conservées durant les 5 années qui suivent la clôture du dossier de l'enfant et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées de la communauté de communes et des communes du Pays de Saint Gilles Croix de Vie, responsablesdes services enfance/scolaire/restauration/jeunesse afin d'assurer dans les meilleurs conditions l'accueil scolaire, périscolaire et extrascolaire des enfants.

Les familles peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de leurs données personnelles auprès des services enfance/scolaire/restauration/jeunesse.

A réception de votre dossier avec les pièces justificatives nécessaires, nous créerons votre « espace famille » sur le portail famille et nous vous transmettrons un « mail clef » provenant du portail famille du Pays de Saint-Gilles-Croix-de-Vie vous permettant de gérer les réservations des repas de vos enfants soit à l'année, soit ponctuellement ainsi que les annulations.

à……, le …. / …. / …. Signature

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE DE FAÇON DEMATERIALISEE SUR LE PORTAIL FAMILLE

- Assurance de Responsabilité Civile
- PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : si avis médical
- RIB : prélèvement automatique
- Mandat de prélèvement signé **à déposer en Mairie**

Ville de COMMEQUIERS TERRE DE PATRIMOINE