



# PRESTO+

## DOSSIER FAMILLE

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE RESPONSABLE LÉGAL	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE RESPONSABLE LÉGAL
Civilité : .....	Civilité : .....
Nom d'usage : .....	Nom d'usage : .....
Patronyme : .....	Patronyme : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Lieu de naissance : .....	Lieu de naissance : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Téléphone fixe : .....	Téléphone fixe : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
Courriel : .....	Courriel : .....
Allocataire CAF : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allocataire CAF : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
N° d'allocataire : .....	N° d'allocataire : .....

*Le calcul des tarifs des prestations est basé sur les ressources du foyer. Pour les allocataires CAF, fournir obligatoirement la dernière attestation CAF. Pour les non-allocataires CAF, fournir obligatoirement vos deux derniers avis d'imposition. En l'absence de présentation de justificatif le tarif maximum est appliqué.*

Date : .....

Nom, prénom du signataire : .....

Signature :

*Les informations et justificatifs recueillis font l'objet d'un traitement destiné à la délivrance des prestations demandées. Ils sont protégés et seront conservés pendant la durée légale et celle de leur utilité. Les destinataires en sont les services de la Ville délivrant ces prestations. Conformément au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez sous conditions et sauf exceptions d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, d'opposition, de limitation des traitements, de retrait de votre consentement à tout moment, et de réclamation auprès de la CNIL. Pour exercer vos droits, contactez-nous par courrier à la mairie de Montpellier 1 place Georges Frêche 34267 Montpellier Cedex 2, ou par mail à l'adresse [donneespersonnelles@ville-montpellier.fr](mailto:donneespersonnelles@ville-montpellier.fr).*



# PRESTO

ÉCOLES

## INSCRIPTION SCOLAIRE

Sexe :  Masculin  Féminin

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Si vous souhaitez que votre enfant mange à la cantine, précisez le régime :  standard  sans viande  sans porc

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉE À VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES RESPONSABLES LÉGAUX	PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES RESPONSABLES LÉGAUX
<b>PERSONNE 1</b> Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Courriel : .....	<b>PERSONNE 1</b> Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Courriel : .....
<b>PERSONNE 2</b> Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Courriel : .....	<b>PERSONNE 2</b> Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Courriel : .....
<b>PERSONNE 3</b> Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Courriel : .....	<b>PERSONNE 3</b> Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Courriel : .....
<b>PERSONNE 4</b> Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Courriel : .....	<b>PERSONNE 4</b> Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : ..... Courriel : .....

## DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e).....

autorise     n'autorise pas

l'établissement d'accueil à photographier/filmer

l'enfant .....

*L'utilisation de ces images sera réservée à la structure d'accueil (affichage, diaporama, album photos...) ainsi qu'à la communication municipale (journaux municipaux et site web). Tout autre usage devra faire l'objet d'une autorisation spécifique.*

## SORTIES/BAIGNADES

Je soussigné(e) .....

autorise     n'autorise pas

l'enfant ..... à participer aux sorties.

*J'autorise le personnel municipal en charge de l'enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : .....

Nom, prénom du signataire : .....

Signature :