

Protection des données personnelles

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés;
Règlement (UE) 2016/679 et directive 2016/680 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016;
Loi n° 2018-493 du 20/06/2018 relative à la protection des données personnelles ,

Conformément aux prescriptions de la loi informatique et libertés et de la nouvelle directive européenne sur la protection des données personnelles, vous êtes informé que les données personnelles recueillies par la commune de MAZAN sur imprimé papier ou via son site informatique lors d'une demande d'accès à l'un des services publics relevant de sa compétence, font l'objet d'un traitement informatique (inscriptions écoles et/ou garderie, facturation afférentes, etc..).

Les destinataires de ces données sont la Mairie de Mazan, le service des affaires scolaires ainsi qu'éventuellement l'Éducation Nationale, pour les seules données pertinentes au regard des missions poursuivies.

Conformément à la loi, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, et que vous pouvez exercer en vous adressant à Mairie de Mazan – service des affaires scolaires – 66, Bd de la Tournelle – 84380 MAZAN ou par courriel à contact@mazan.fr.

Je soussigné(e) Mme / M représentant légal de l'enfant
....., reconnaît avoir pris connaissance des informations liées au
traitement des données personnelles sus précisées.

Fait à le



RENTREE SCOLAIRE 2023-2024

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

GARDERIE

ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : AGE :

SCOLARISE(E) EN CLASSE DE : NOM DE L'ENSEIGNANT :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

** si autres représentants légaux, merci de bien vouloir compléter au verso*

PÈRE

MÈRE

NOM ET PRENOM :

ADRESSE :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

Situation : Marié En concubinage Marié En concubinage

Divorcé Séparé Divorcé Séparé

Garde alternée : Oui Non Gardie alternée : Oui Non

Temps de garde : Temps de garde :

N° ALLOCATAIRE CAF :

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

MEDECIN TRAITANT : Téléphone :

ALLERGIES :

TRAITEMENT :

Mise en place d'un P.A.I pour cet enfant : OUI NON

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur affiché à la porte de l'école.

Fait à le

Nom(s), prénom(s) et signature(s) du ou des représentant légaux,

Signature du père

Signature de la mère

Signature du représentant légal

