

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS 2020/2021

ENFANT A INSCRIRE

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Age :

Commune de :

Ecole de :

Niveau de classe :

Pièces à fournir :

- Attestation Assurance scolaire / Extrascolaire / Responsabilité civile
- Photocopie des vaccins du carnet de santé – Attention : noter le nom de l'enfant
- Photocopie de jugement relatif à la garde du ou des enfant(s)

Cocher les services souhaités

- ☐ Restaurant scolaire
- ☐ Périscolaire matin et/ou soir
- ☐ ALSH – Accueil de Loisirs : Mercredis et/ou Vacances scolaires –
Réservation à confirmer auprès des responsables des ALSH
(CF : Livret Scolaire)

Tout dossier incomplet sera retourné

TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES – Cochez les cases correspondants à vos choix

Renseignements parents

Représentant légal 1

Nom :

Prénom :

Adresse:

.....

 Domicile :

 Portable :

Mail :

N° de sécurité sociale/MSA :

.....

Profession :

Employeur :

 Travail :

Représentant légal 2

Nom :

Prénom :

Adresse:

.....

 Domicile :

 Portable :

Mail :

N° de sécurité sociale/MSA :

.....

Profession :

Employeur :

 Travail :

Représentant CAF ou MSA de l'enfant : ☐ Représentant légal 1 ☐ Représentant légal 2

N° d'allocataire :

Attention, si vous ne renseignez pas votre numéro d'Allocataire, le tarif le plus élevé sera appliqué.

Situation familiale : ☐ mariés ☐ pacsés ☐ divorcés ☐ séparés ☐ concubinage

autres :

En cas de séparation : Fournir la copie de l'extrait du jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant

Mode de garde :

☐ alternée

☐ exclusive ☐ Représentant Légal 1

☐ Représentant Légal 2

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde de l'enfant a-t-il l'autorisation de récupérer l'enfant à la sortie de l'accueil de loisirs : ☐ oui ☐ non

Nombre de frères et sœurs :

Lieu de scolarisation :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant autre que les parents (mettre le lien de parenté) :

Si une autre personne non notée sur la liste vient récupérer votre enfant, il devra avoir une autorisation signée de votre part.

Nom et Prénom	Numéro de Téléphone	Lien avec la famille

Inscriptions Périscolaires

Garderie et Accueil Périscolaire

Lieu d'inscription :

- ☐ Accueil Occasionnel
- ☐ Accueil régulier : merci de remplir le tableau

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Périscolaire Matin				
Périscolaire Soir				

Restaurant Scolaire

Attention : ce choix ne sera modifiable au cours de l'année que pour raison valable ; par exemple : une séparation dans l'année, l'enfant ne mange plus qu'une semaine sur deux.

- ☐ Au forfait
Tarif lissé de 34,55 € tous les mois sur une base de 14 repas par mois (vacances scolaires ou non).
Le remboursement des repas sera effectué uniquement si votre enfant est malade plus de 4 jours consécutifs et sur présentation d'un certificat médical (obligatoire).
En cas d'absence des enseignants, grève des services ou pique-nique lors des sorties scolaires, le repas sera déduit de votre facture.
- ☐ Occasionnellement
Tarif de 3,20 € le repas pris

Accueil de Loisirs pour les mercredis et les vacances scolaires

Réservations obligatoires : places limitées selon la structure.

S'adresser directement aux responsables des Centres de Loisirs :

- ALSH « Les Lucioles » de Chantérac : 09.62.53.50.32
- ALSH « Les Parrauds » de Montrem : 05.53.54.41.04
- ALSH « Les Castors » de Neuvic : 05.53.81.56.09
- ALSH « Petite Enfance » de Saint-Astier : 05.53.02.42.87
- ALSH « Gimel » de Saint-Astier : 05.53.54.53.61
- ALSH « Les Petits Loups » de Saint-Léon-sur-l'Isle : 05.53.80.65.02

Modalités de Règlement

☐ Prélèvement automatique

Attention Mandat SEPA (joint) complété + Relevé d'Identité Bancaire OBLIGATOIRE

☐ Chèque (libellé à l'ordre du Trésor Public) ou espèces

Attention Uniquement auprès de la Trésorerie Municipale de Saint Astier – Aucun règlement ne pourra être accepté en Mairie ou à la CCIVS

Destinataire des factures – *un seul choix possible* :

☐ Représentant légal 1

☐ Représentant légal 2

Signature des deux Représentants Légaux

FICHE SANITAIRE


Nom et Prénom de l'enfant :

ASSURANCE

Assurance responsabilité civile (nom et adresse) :

N° de contrat : (Merci de joindre une attestation)

MEDECIN

Médecin traitant :  :

Adresse :

VACCINATION OBLIGATOIRE

Date de vaccination : DT coq Polio : (Merci de joindre une photocopie)

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez :

Doit-il les porter pour toute activité : ☐ oui ☐ non

Problèmes de santé particuliers à nous signaler :

Asthmatique : ☐ oui ☐ non

Allergique : ☐ oui ☐ non

Selon le cas, précisez :

PAI

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? ☐ oui ☐ non

(Si oui, le communiquer au directeur de l'accueil)

N° de téléphone en cas d'urgence :

Représentant Légal 1 :

Domicile : ☐

Portable : ☐

Travail : ☐


Représentant Légal 2


Domicile : ☐


Portable : ☐

Travail : ☐

Autres :

Nom : Lien de parenté :  : ☐

Nom : Lien de parenté :  : ☐

Nom : Lien de parenté :  : ☐

Cocher le numéro à appeler en priorité

AUTORISATIONS

Droit à l'image

J'accepte que mon enfant soit photographié dans le cadre des activités Extrascolaires et que ces photos puissent être exploitées dans le cadre des moyens de communication utilisés par l'ALSH, la Mairie et la Communauté de Communes (presse, bulletins municipaux et/ou intercommunaux, site internet de la Communauté de Communes, blogs de la commune, ...)

☐ oui ☐ non

Autorisation de déplacement

J'accepte que mon enfant effectue des sorties en bus dans le cadre des activités Extrascolaires.

☐ oui ☐ non

Autorisation en cas d'urgence

Je soussigné(e),..... (nom et prénom du parent ou du tuteur responsable)
autorise le personnel d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (soins par un médecin, hospitalisation vers l'établissement le plus proche).

Fait à..... Le..... Signature

Autorisation d'exploitation des informations

J'autorise le, la responsable à utiliser les informations sur le site CDAP à partir de mon numéro d'allocataire, imprimer les documents et les conserver pour les besoins du service.

☐ oui ☐ non

Je déclare avoir pris connaissance de la fiche de renseignements et m'engage à la respecter et à signaler tout changement relatif à cette dernière.

Date :.....

Signature du ou des responsable(s) légal (aux),

**Référence unique du mandat :**

FR 46 ZZZ 638800

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Pays : **FRANCE**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

[illegible]

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE
(SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom de l'enfant :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE AU FORMAT IBAN BIC

Rappel : En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Communauté de Communes Isle, Vern, Salembre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.