

DOSSIER D'INSCRIPTION

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Portable :

Pièces à joindre au dossier

- Certificat d'assurance scolaire
- Autorisation de prise de photos
- PAI

Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul

oui non

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence

oui non

Autorise la prise de photo

oui non

Autorise la participation aux sorties scolaires

oui non

Port de lunettes

oui non

Port d'un appareil dentaire

oui non

Port d'un appareil auditif

oui non

Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires

Données complémentaires

Date et signature

Fiche de la famille

Responsable

Civilité :

Prénom :

Nom :

Situation

Qualité* :

Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Autorisations

Information par mail* :

Information par SMS* :

* Oui / Non

Conjoint

Civilité :

Prénom :

Nom :

Situation

Qualité* :

Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Autorisations

Information par mail * :

Information par SMS * :

* Oui / Non

Données complémentaires

Montant QF :

N ° MSA :

N° CAF :

Date et signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : _____

Numéros de téléphone :

Mère : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

FICHE D'INSCRIPTION *

ALSH ET RESTAURANT SCOLAIRE

2020/2021

Dossier de l'enfant :

RESTAURATION SCOLAIRE :

Demi Pensionnaire 4 jours (Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi)

Occasionnellement

Sans Porc

Sans Viande

Autres

ALSH Périscolaire (Matin et Soir) : OUI NON

ALSH Mercredi : OUI NON

*L'inscription définitive dépendra du nombre de places disponibles et du besoin de garde des familles. Les inscriptions ne pouvant être satisfaites feront l'objet d'une liste d'attente.

J'ai pris connaissances des modalités d'inscription et de paiement, ainsi que des règlements intérieurs joints, que j'accepte intégralement.

Le _____ à _____

Le représentant légal de l'enfant : (nom, prénom) _____

Signature



Mairie de MENSIGNAC

à Mensignac, le 28/06/2019

**AVEC LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE,
VOS REGLEMENTS EN TOUTE TRANQUILITE !**

Madame, Monsieur,

Pour faciliter les démarches de ses administrés, la municipalité vous propose désormais de prélever sur votre compte bancaire ou postal, la facture mensuelle regroupant :

- **Cantine, Garderie, ALSH du mercredi**

Le prélèvement automatique est en effet, un moyen de paiement :

Sûr : vous n'avez plus de courrier à envoyer. Vous êtes sûr de payer à la date limite de paiement indiquée sur votre facture sans risque de retard, même lorsque vous êtes absent.

Simple : vos factures vous sont adressées comme par le passé ; vous connaîtrez à l'avance, la date et le montant exact du prélèvement. Sauf avis contraire de votre part, votre contrat de prélèvement sera automatiquement reconduit.

Souple : vous changez de compte ou d'agence bancaire ou postale ... un simple coup de fil à la mairie pour avertir mes services et leur transmettre votre nouveau RIB par courrier
Vous souhaitez renoncer à votre contrat, informez-en les services municipaux, par simple lettre 1 mois avant la prochaine échéance.

COMMENT FAIRE ?

Il vous suffit de nous retourner simplement l'autorisation de prélèvement complétée et signée, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB).

Vous bénéficierez ainsi du prélèvement automatique dès votre prochaine facture.

En espérant que cette nouvelle proposition de règlement recueillera votre adhésion, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur mes salutations les meilleures.

**Le Maire,
Véronique CHABREYROU**

Place du Général de Gaulle 24350 MENSIGNAC

Tél 05.53.05.17.16

comtemensignac@orange.fr

TARIFS ALSH MENSIGNAC

PERISCOLAIRE ET MERCREDI 2020/2021

TRANCHES	PERISCOLAIRE		MERCREDI	
	FORFAIT A LA PRESENCE DU MATIN	FORFAIT A LA PRESENCE DU SOIR	MERCREDI 1/2 JOURNEE AVEC REPAS 7h – 13h30 OU 12h – 18h30	MERCREDI JOURNEE
TRANCHE 1 QF 0 A 400	0,55 €	0,85 €	1,50 €*	2,50 €*
TRANCHE 2 QF 401 A 622	0,60 €	0,90 €	2,50 €*	3,50 €*
TRANCHE 3 QF 623 A 1000	0,65 €	1,00 €	7,00 €	9,00 €
TRANCHE 4 QF 1001 A 1200	0,70 €	1,10 €	8,00 €	10,50 €
TRANCHE 5 QF 1201 ET +	0,75 €	1,15 €	9,00 €	12,00 €
Suppléments			+1,50 € /demi journée/enfant hors commune et hors école de mensignac	

* Tarifs : Passeport déduit

Pour le Mercredi toute annulation devra se faire 2 jours avant (le lundi précédent) afin de ne pas être facturé.

Tout dépassement d'horaire d'ouverture de l'ALSH sera facturé en plus du forfait choisi par la famille :

- Dépassement jusqu'à 15 minutes : 2 € / par enfant
- Dépassement jusqu'à 20 minutes : 3 € / par enfant
- Dépassement jusqu'à 30 minutes : 5 € / par enfant

PROTECTION DES DONNEES

Les personnels administratifs ainsi que les personnes en charge de votre enfant auront accès aux données administratives que vous nous transmettez, afin d'établir la facturation au plus juste, assurer la protection de votre enfant...

L'obligation administrative légale est de conserver ces éléments durant 10 ans minimum.

A tout moment, vous pouvez accéder aux informations que vous nous avez transmises, vous pouvez les rectifier ou nous demander de les effacer.

Dans ce dernier cas, ne pouvant plus assurer nos obligations légales d'organisateur de périscolaire et ALSH, nous ne pourrions plus accueillir vos enfants.

Vous pouvez exercer vos droits sur vos données en contactant le délégué à la protection des données :

➤ ATD 24, 2 place Hoche, 24000 PERIGUEUX ou dpd.mutualise@atd24.fr

J'accepte que ces données soient traitées (cocher la case)

Dans le cas contraire nous ne pourrions plus assurer la sécurité de votre enfant de fait nous ne l'accueillerons pas.

Nous soussignés(es),
responsables légaux de l'enfant
déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche, nous engageons à signaler toute modification en cours d'année et avoir pris connaissance du règlement intérieur et des éléments liés à la protection des données.

Fait à:

le:

Signature(s)obligatoire(s)des responsables légaux

IL EST IMPORTANT DE REMPLIR TOUTES LES DONNEES DE LA FICHE D'INSCRIPTION. SI CELLE-CI N'EST PAS COMPLETE, LA COMMUNE PEUT REFUSER, POUR DES RAISONS DE RESPONSABILITES, L'ACCES A LA STRUCTURE.