

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

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

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

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

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
2022/2023

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 disponible sur le site de la Mairie de Mensignac, 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

compt@mensignac@orange.fr

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER).
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR XX ZZZ NNNNNN

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom : Mairie de MENSIGNAC
Adresse :	Adresse : Place du Général de Gaulle
Code postal :	24350
Ville :	Code postal : Tél. : 05.53.05.17.15
Pays :	Ville : Fax : 05.53.05.17.19
	Pays : e-mail : mairie.de.mensignac@wanadoo.fr

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif
Paiement ponctuel

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 du tiers débiteur

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 (NOM DU CREANCIER). 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 (NOM DU CREANCIER).

TARIFS ALSH MENSIGNAC

PERISCOLAIRE ET MERCREDI 2022/2023

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.