

FICHE D'INSCRIPTION

- RESTAURANT SCOLAIRE
 GARDERIE

Enfant					
Nom		Prénom			
Date de naissance :		<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille		
Niveau	<input type="checkbox"/> MP (Maternelle Petite section)	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CM1		
	<input type="checkbox"/> MM (Maternelle Moyenne section)	<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> CM2		
	<input type="checkbox"/> MG (Maternelle Grande section)	<input type="checkbox"/> CE2			

Représentant légal 1

Représentant légal 2

Nom et prénom.....
Adresse.....
.....
① domicile.....
① portable.....
mail@.....
Employeur.....
①.....

Nom et prénom.....
Adresse.....
.....
① domicile.....
① portable.....
mail@.....
Employeur.....
①.....

Autre personne responsable légal de l'enfant (autre que père et mère - fournir un justificatif)

Nom et prénom.....
Adresse.....
.....
① domicile.....
① tél.....
Employeur.....
①.....

PIÈCES A FOURNIR : Livret de Famille

- Justificatif de Quotient Familial ou Avis d'Imposition
 Carnet de santé (page « vaccin obligatoire » ou certificat de vaccination)
 Attestation d'assurance couvrant les activités scolaires
 R.I.B. + mandat prélèvement complété : à la première inscription ou en cas

de changement de coordonnées bancaires

Partie réservée à l'administration : Date d'inscription :					
QF PS :	QF MS.....	QF GS.....			
QF CP.....	QF CE1.....	QF CE2.....			
QF CM1.....	QF CM2.....				
Assurance PS <input type="checkbox"/>	Assurance MS <input type="checkbox"/>	Assurance GS <input type="checkbox"/>	Assurance CP <input type="checkbox"/>		
Assurance CE1 <input type="checkbox"/>	Assurance CE2 <input type="checkbox"/>	Assurance CM1 <input type="checkbox"/>	Assurance CM2 <input type="checkbox"/>		

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINS – MALADIES

Fournir une photocopie du carnet de santé (page vaccin obligatoire) ou les certificats de vaccination
Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, joindre un certificat de contre-indication

ALLERGIES

Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres					
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)					
.....					
.....					
.....					
.....					

DIFFICULTÉS DE SANTÉ – PRECAUTIONS A PRENDRE

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les précautions à prendre

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc... ? (préciser)
.....
.....

MEDECIN TRAITANT

Nom..... Téléphone.....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise monsieur le maire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à le

Signature du représentant légal

DROIT A L'IMAGE

J'autorise

Je n'autorise pas

le responsable des accueils périscolaires à utiliser les photos et vidéos de mon enfant dans un cadre strictement professionnel.

Fait à le

Signature du représentant légal

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 90 ZZZ 584658

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IBAN

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

BIC

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y

Paiement ponctuel Y

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).

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.

