

Commune de
CLEGUEREC



DOSSIER ENFANT
Accueil de Loisirs Sans Hébergement
(4-15 ans)



L'ENFANT ET SA FAMILLE . . .

L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : F M

N° Sécurité sociale _____

École fréquentée _____ Classe _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Mail (indispensable pour l'inscription par internet)
_____ @ _____

FAMILLE

PARENT 1

Nom _____

Prénom _____

Adresse : identique adresse enfant

Si différente : _____

Tél. domicile _____

Tél. portable _____

Tél travail _____

Autorité parentale : Oui Non

PARENT 2

Nom _____

Prénom _____

Adresse : identique adresse Parent 1

Si différente : _____

Tél. domicile _____

Tél. portable _____

Tél travail _____

Autorité parentale : Oui Non

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si parents non joignables) :

Nom _____ parenté _____ Tél. _____

Nom _____ parenté _____ Tél. _____



LES INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

REGLEMENT

Formule choisie : Prélèvement Règlement au Trésor Public

Si vous optez pour le prélèvement, merci de compléter et de signer le mandat en Page 4.

Régime social : Général Agricole Autres

Allocataire CAF oui non

Allocataire MSA oui non N° Sécu sociale: _____

TARIFICATION EN FONCTION DU QUOTIENT FAMILIAL*

Je suis allocataire CAF du Morbihan et je souhaite que le service facturation de la commune de Cléguélec accède directement à mon QF auprès de la CAF 56 avec mon N° d'allocataire _____,

Je ne suis pas allocataire CAF du Morbihan et je fournis une attestation de Quotient Familial pour le service de facturation,

Je ne souhaite pas fournir de justificatif ou mon numéro d'allocataire, de fait, j'accepte que le tarif maximal me soit appliqué.

Le règlement ne se fera plus à l'inscription mais par Prélèvement ou Facturation par le Trésor Public à l'issue de la période de vacances.

Si vous bénéficiez de réductions supplémentaires (CAF hors Morbihan, MSA, comité d'entreprise...), merci de transmettre les documents au directeur de l'ALSH.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourraient être utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé

ENFANT Nom _____ Prénom _____

Médecin traitant Nom _____ Tél _____

Vaccination DOCUMENTS à JOINDRE impérativement à ce dossier

Une copie des vaccinations du carnet de santé ou un certificat médical attestant que les vaccinations sont à jour. En cas de non vaccination, un certificat médical doit être fourni

Traitement Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

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

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Allergies Asthme Oui Non Médicamenteuse Oui Non

Alimentaires Oui Non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical.

Date / /

Signature

LES AUTORISATIONS . . .

☞ J'ai bien pris note, qu'une fois en dehors de l'Accueil de Loisirs, mon enfant n'est plus sous la responsabilité du directeur et qu'il ne sera accompagné ni à l'aller ni au retour, par le personnel du centre. (Pensez à bien noter l'identité de la personne venant le chercher)

☞ J'autorise mon enfant à rentrer seul à l'issue des activités. OUI
 NON

La commune de Cléguérec ne pourra être tenue responsable en cas d'accident survenu en dehors des heures de prise en charge par l'ALSH de la commune de Cléguérec.

☞ Je déclare que mon enfant est couvert par une responsabilité civile individuelle ou familiale.

☞ Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison de soins engagés.

☞ J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées, et certifie, pour les activités nautiques, que mon enfant sait nager.

☞ J'autorise également mon enfant à utiliser les transports organisés par l'Accueil de Loisirs dans le cadre des sorties.

Droit à l'image

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités de l'ALSH de la commune de Cléguérec.

J'accepte que mon enfant apparaisse dans la presse locale dans le cadre des activités de l'ALSH.

J'autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et à utiliser les images sur tous supports de promotion de la structure accueillante.

Je refuse que les images de mon enfant soient utilisées.

Je soussigné.e _____,
responsable légal.e ou tuteur.trice de l'enfant _____,

*** déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, l'authenticité des documents fournis et m'engage à informer le directeur de l'ALSH pour tout changement.**

*** certifie avoir pris connaissance du règlement de l'ALSH organisé par la commune de Cléguérec et m'engage à le respecter.**

Fait à _____ le _____ « Lu et approuvé »

Signature du. de la responsable légal.e

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique de mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie de CLEGUEREC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.

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 02ZZZ805074

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom : Mairie de Cléguérec
Adresse : Place Pobéguin
Code postal : 56480
Ville : CLEGUEREC
Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

FR																				
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paiement ponctuel	<input type="checkbox"/>

Signé à : Cléguérec

Signature :



Le (JJ/MM/AAAA) :
...../...../.....

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 la Mairie de Régigny. 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 la Mairie de Régigny.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées 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