FICHE INSCRIPTION PAUSE MERIDIENNE

ENFANT 2024/2025 (1 fiche par enfant)

Identité de l'enfant	Ecole
Nom : **Prénom :** **Sexe :** **Date de naissance :**	☐ **Ecole Simone Veil** ☐ **Ecole St Joseph** **Classe : ……**

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur : **Numéro d'assurance :**

PERSONNES A CONTACTER	
Contact 1	**Contact 2**
Nom :	**Nom :**
Prénom :	**Prénom :**
Type : Père / Mère /	**Type :** Père / Mère / Belle-mère/ Beau-père / Autre
Tél.:	**Tél.:**
Portable :	**Portable :**
Appel en cas d'urgence : Oui / Non	**Appel en cas d'urgence : Oui / Non**
Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non	**Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non**
Contacts supplémentaires autorisés à être contacter et à récupérer l'enfant si besoin	
Nom :	**Nom :**
Prénom :	**Prénom :**
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	**Type :** Père / Mère / Autre (Précisez)
Tél.:	**Tél.:**
Portable :	**Portable :**

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	**OUI / NON**
Prise de photo : Autorise la commune à utiliser des photos où votre enfant apparait afin d'illustrer les supports d'information et de communication pour l'année scolaire (site internet de la commune, bulletin municipale, panneaux photos).	**OUI / NON**
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place pendant la pause méridienne.	**OUI / NON**
Handicap : Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	**OUI / NON**
Mise en place d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) *Joindre obligatoirement le PAI à jour et la trousse d'urgence pour le 30/08/2024 en mairie*	**OUI / NON**

INFORMATIONS MEDICALES	
Nom du médecin traitant :	
Tel. :	
Allergies	**Pratiques Alimentaires**

Vaccins	Fait le
Antituberculeuse (BCG)	
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus influenzae b (dernier rappel)	
Pneumocoque	
Hépatite B	
Rougeole, Oreillons, Rubéole	
Autres :	

Maladie	Date
Varicelle	
Scarlatine	
Rubéole	
Coqueluche	
Rougeole	

INSCRIPTIONS A LA PAUSE MERIDIENNE POUR 2024-2025

Inscription régulière sur l'année :

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

Ou bien :

☐ Inscription régulière mais à planning (à remplir directement sur le portail famille

☐ Inscription occasionnelle (très peu de jour sur l'année)

DATE ET SIGNATURE :

FICHE INSCRIPTION PAUSE MERIDIENNE

FAMILLE 2024/2025

Enfant(s) scolarisé(s) sur la commune

Sexe	Nom/Prénom	D. Naissance	Ecole	Classe à la rentrée

CONTACT 1	CONTACT 2
Lien de parenté :	**Lien de parenté :**
Nom : **Prénom** **Situation familiale :** **Adresse :** **Tel. Dom :** **Tel. Port :** **Email :** **Profession :** **Employeur :** **Adr. Pro :** **Tel. Pro :**	**Nom :** **Prénom** **Situation familiale :** *Adresse si différente:* **Tel. Dom :** **Tel. Port :** **Email :** **Profession :** **Employeur :** **Adr. Pro :** **Tel. Pro :**

EN CAS DE SEPARATION

Merci de préciser avec quel parent vit l'enfant : ……

☐**Père**

☐**Mère**

☐**Garde alternée:**

Semaine paire chez : ……

Semaine impaire chez :……

Pour la facturation : ☐ **une seule facture** ☐ **une facture différente (remplir 2 fiches famille)**

DONNEES COMMUNE A LA FAMILLE

Allocataire : ☐ **CAF** ☐ **MSA** ☐ **Sans quotient**

Nous transmettre :

- Pour les allocataires CAF votre attestation de quotient CAF du mois de juillet 2024
- Pour les allocataires MSA, l'attestation MSA de l'année 2024.
- Les personnes sans quotient : copie de l'avis d'imposition 2023

Mode de facturation :

☐**Chèque, espèces ou paiement en ligne** au Centre des Finances Publiques
☐**Prélèvement** (fournir obligatoirement un RIB) et remplir ci-dessous

Référence unique du mandat	**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**	MAIRIE DE SAINT HILAIRE DE CLISSON

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MAIRIE DE SAINT HILAIRE DE CLISSON à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAIRIE DE SAINT HILAIRE DE CLISSON.
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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
*Veuillez compléter les champs marqués **

Votre Nom	*..... Nom / Prénoms du débiteur	1
Votre adresse	*..... Numéro et nom de la rue	2
	* ☐☐☐☐☐ * ..... Code Postal Ville	3
	*..... Pays	4
Les coordonnées de votre compte	* ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐ Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	5
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	6
Nom du créancier	• Mairie Saint Hilaire de Clisson Nom du créancier	7
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Identifiant créancier SEPA	8
	• 1 place de l'église Numéro et nom de la rue	9
	* 4 4 1 9 0 • Saint Hilaire de Clisson Code Postal Ville	10
	• France Pays	11
Type de Paiement	* Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐	12
Signé à	• Saint Hilaire de Clisson Lieu ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date	13
Signature(s)	*Veuillez signer ici	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Nous soussignés ..... responsables légaux de(s) l'enfant(s) .....

- ✓ Nous certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- ✓ Nous nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- ✓ Nous certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile couvrant les dommages corporels,
- ✓ Nous autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- ✓ Nous autorisons le responsable à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- ✓ Attestons sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

DATE ET SIGNATURE :