

Fiche d'inscription

Restauration scolaire

Garderie communale du mercredi

Année scolaire 2016-2017

Déclarations CNIL n°1551542

« Conformément à l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification vous concernant auprès de la Mairie »

RESPONSABLE DU FOYER

Mère	Père
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
Tél. Fixe :	Tél. Fixe :
Tél. Mobile :	Tél. Mobile :
Adresse électronique :	Adresse électronique :
Numéro d'allocataire CAF :	Numéro d'allocataire CAF :
Profession* :	Profession* :
Nom de l'employeur* :	Nom de l'employeur* :
Téléphone de l'employeur* :	Téléphone de l'employeur* :
Autres (tuteur, famille d'accueil, organisme...)	Autres renseignements
Nom :	Situation familiale des parents
Prénom :	Célibataire Marié Pacsé
Adresse :	Union libre Divorcé Séparé Veuf
Ville :	Mode de garde en cas de séparation ou divorce
Tél. Fixe :	Garde exclusive : Mère Père
Tél. Mobile :	Garde alternée : Oui Non
Adresse électronique :	Mode de réception des factures
Numéro d'allocataire CAF :	<input type="checkbox"/> par courrier postal à adresser à : Mère Père
Profession* :	Autre
Nom de l'employeur* :	<input type="checkbox"/> par courrier électronique à adresser à : Mère
Téléphone de l'employeur* :	Père
	Autre
	Moyen de paiement
	<input type="checkbox"/> par chèque (à l'ordre du Trésor Public, dépôt à la mairie)
	<input type="checkbox"/> en espèces (à la Mairie)
	<input type="checkbox"/> par prélèvement automatique (remplir l'autorisation de prélèvement)

* renseignements facultatifs



Pour la sécurité de vos enfants, renseignez le plus précisément possible les éléments relatifs à leur santé en cochant ou en rayant les mentions utiles.

ENFANTS À INSCRIRE À LA RESTAURATION SCOLAIRE ET/OU À LA GARDERIE DU MERCREDI

1^{er} enfant

Nom et prénom : Date de naissance : __ / __ / ____

Classe fréquentée par l'enfant :

☐ **CANTINE :** Inscription occasionnelle Inscription Forfait

Ces choix sont valables toute l'année. Ils serviront de base pour la facturation mensuelle.

Menu sans viande de porc : Oui Non

Santé (Attention, dans ces 2 cas, l'accès au restaurant scolaire n'est envisageable qu'après la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé et la fourniture du traitement d'urgence.)

- L'enfant ne doit pas consommer certains aliments pour raisons médicales (allergies alimentaires) Oui Non
- L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement d'urgence (asthme, diabète...) Oui Non

☐ **ACCUEIL DU MERCREDI - 11h30 à 12h30** (Facturation au trimestre)

2^{ème} enfant

Nom et prénom : Date de naissance : __ / __ / ____

Classe fréquentée par l'enfant :

☐ **CANTINE :** Inscription occasionnelle Inscription Forfait

Ces choix sont valables toute l'année. Ils serviront de base pour la facturation mensuelle.

Menu sans viande de porc : Oui Non

Santé (Attention, dans ces 2 cas, l'accès au restaurant scolaire n'est envisageable qu'après la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé et la fourniture du traitement d'urgence.)

- L'enfant ne doit pas consommer certains aliments pour raisons médicales (allergies alimentaires) Oui Non
- L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement d'urgence (asthme, diabète...) Oui Non

☐ **ACCUEIL DU MERCREDI - 11h30 à 12h30** (Facturation au trimestre)

3^{ème} enfant

Nom et prénom : Date de naissance : __ / __ / ____

Classe fréquentée par l'enfant :

☐ **CANTINE :** Inscription occasionnelle Inscription Forfait

Ces choix sont valables toute l'année. Ils serviront de base pour la facturation mensuelle.

Menu sans viande de porc : Oui Non

Santé (Attention, dans ces 2 cas, l'accès au restaurant scolaire n'est envisageable qu'après la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé et la fourniture du traitement d'urgence.)

- L'enfant ne doit pas consommer certains aliments pour raisons médicales (allergies alimentaires) Oui Non
- L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement d'urgence (asthme, diabète...) Oui Non

☐ **ACCUEIL DU MERCREDI - 11h30 à 12h30** (Facturation au trimestre)

« Nous soussignons....., responsables légaux de(s) l'enfant(s), certifions l'exactitude des informations fournies et attestons avoir pris connaissance et approuvé le règlement de la cantine scolaire et de la garderie, qui nous ont été remis lors de l'inscription ».

Fait à, le __ / __ / 201__ Signatures des responsables légaux :

Fiche sanitaire

Garderie communale du mercredi

Année scolaire 2016-2017

Enfant

Nom -

Prénom -

Date de naissance -/...../.....

Sexe : féminin ☐ masculin ☐

Classe fréquentée :

N° contrat d'assurance :

Compagnie :

Coordonnées des parents ou représentants légaux

1 - Nom et prénom

Adresse

.....

Téléphone fixe

Téléphone portable

Téléphone professionnel

2 - Nom et prénom

Adresse

.....

Téléphone fixe

Téléphone portable

Téléphone professionnel

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Joindre obligatoirement la copie de la page du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) du carnet de santé ou un certificat médical attestant cette vaccination.

Date du dernier rappel DTP (mention obligatoire) :

Port de : lentilles ... ☐ lunettes... ☐ prothèses

auditives ... ☐ prothèses dentaires ... ☐

Autres ☐ préciser

Santé de l'enfant

- allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s) médicalement justifiée(s) :

préciser

- asthme : oui ... ☐

- autre problème de santé : oui ... ☐

préciser

> PAI déjà mis en place l'année scolaire précédente :

Si oui, fournir une copie du PAI. Il est à renouveler chaque année. La trousse médicale devra être remise à la Direction de l'école ainsi qu'au Responsable Périscolaire du Site en s'assurant au préalable, de la validité des médicaments fournis.

Le PAI établi préconise que l'enfant ramène un panier repas : • oui ... ☐ • non ... ☐

- allergie(s) médicamenteuse(s) : oui ... ☐

préciser

Autorisations

Je soussigné(e) (Nom, Prénom), tuteur légal

.....
Autorise les responsables du temps périscolaires à faire donner à l'enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale et à le transporter dans un véhicule de secours. Si son état le nécessite, j'accepte que mon enfant soit transporté et soigné à l'Hôpital le plus proche.

Le/...../....., A Signature :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom), tuteur légal

.....
Autorise les responsables du temps périscolaires à faire donner à l'enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale et à le transporter dans un véhicule de secours. Si son état le nécessite, j'accepte que mon enfant soit transporté et soigné à l'Hôpital le plus proche.

Le/...../....., A Signature :

Parents et personnes majeures autorisées à être prévenues en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant :

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE (grands-parents, tante, voisins...)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
Référence unique du mandat : ++FR65CAN49625600001

Type de contrat : Echancier de la cantine scolaire de Beaulieu lés Loches

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **COMMUNE DE BEAULIEU LES LOCHES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **COMMUNE DE BEAULIEU LES LOCHES**.

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.

FR 65CAN496256

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom : COMMUNE DE BEAULIEU LES LOCHES
Adresse :	REGISSEUR DE LA CANTINE SCOLAIRE
	TEL 02 47 91 94 92
Code postal :	Adresse : 6, place du Mal Leclerc
Ville :	Code postal : 37600
Pays :	Ville : BEAULIEU LES LOCHES
	Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
---------------------------------	--

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☐
Paiement ponctuel ☐

--

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

--

<p>DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :</p> <p>Nom du tiers débiteur :</p>
--

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 **COMMUNE DE BEAULIEU LES LOCHES**. 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 **COMMUNE DE BEAULIEU LES LOCHES**.*

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.