

**LISTE DES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION
AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES**

Pour tous les enfants :

- Fiche sanitaire 2020 / 2021
- Attestation d'assurance de responsabilité civile 2020 / 2021
- Formulaire d'autorisation de sortie, droit à l'image et acceptation du règlement complété, daté et signé par les responsables légaux des enfants pour l'année 2020 / 2021

Si vous choisissez le prélèvement pour la première fois en 2020 / 2021

- Mandat de prélèvement SEPA complété, daté ET signé
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Si vous souhaitez faire calculer votre quotient familial pour bénéficier de tarifs dégressifs en fonction de vos revenus :

- avis d'imposition des deux parents pour l'année N-1 soit 2019
- dernier justificatif de paiement de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF).

Si votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :

- Le P.A.I. pour l'année 2020/2021 (si celui-ci est en cours ou si les parents envisagent de faire une demande en cours d'année, merci d'informer la commune sur : contact@lesmolières.fr)
- 1 exemplaire des documents médicaux et des médicaments sont à remettre à Madame Ginette LAMBAUT, responsable des services périscolaires au plus tard 1 semaine avant la rentrée scolaire (attention : même si un exemplaire a déjà été fourni aux responsables scolaires).

**AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS PARENTALES
POUR LES SERVICES PERISCOLAIRES
ANNÉE SCOLAIRE 2020 / 2021**

Nous soussignés.....et.....,

Père - Mère - tuteurs légaux (rayer la mention inutile)

de l'enfant : nom :.....prénom :.....classe :.....

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

autorisons notre enfant à rentrer seul.

n'autorisons pas notre enfant à rentrer seul.

autorisons les personnes suivantes à prendre en charge notre enfant en charge à la sortie des services périscolaires (celles-ci devront être munies d'une pièce d'identité) :

- Nom :Prénom :Tél.....

- Nom :Prénom :Tél.....

- Nom :Prénom :Tél.....

AUTORISATION PARENTALE POUR L'USAGE DE PHOTOGRAPHIES

autorisons la commune des Molières à utiliser les photographies de notre enfant.

refusons que notre enfant soit photographié dans le cadre des activités périscolaires.

AUTORISATION DE DEPLACEMENT

En inscrivant notre enfant aux services périscolaires notamment à l'accueil de loisirs et au parcours de découverte, nous autorisons les déplacements dans le cadre des activités qui pourraient être organisées sur la commune des Molières ou les communes proches en particulier pour se rendre aux séances de piscine, cinéma ou encore spectacle. Le transport pourra être effectué à pied ou par car.

ACCEPTATION DU REGLEMENT DES SERVICES PERISCOLAIRES

Nous attestons avoir pris connaissance du règlement des services périscolaires pour l'année 2020 / 2021, nous l'acceptons et nous nous engageons à le respecter.

Fait à.....le.....,

Signatures des représentants légaux de l'enfant :

Le père :

La mère

Le tuteur légal :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021	ENFANT NOM Prénom Date de Naissance Garçon <input type="checkbox"/> Filles <input type="checkbox"/>
--	--

I- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio					
OU Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

II- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I (Projet d'Accueil Personnalisé) ? oui non

Si oui, veuillez fournir le P.A.I avec une ordonnance récente et les médicaments correspondants marqués au nom de l'enfant.

Aucun médicament ne peut être administré en dehors de ce protocole.

1) ALLERGIE CONNUE (Joindre impérativement le P.A.I pour prise en charge)

Type d'allergie	Conduite à tenir	P.A.I Joint (oui-non)

2) L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

3) DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

4) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature du responsable légal

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LA COMMUNE LES MOLIERES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LA COMMUNE LES MOLIERES

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

FR77ZZZ471790

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : COMMUNE LES MOLIERES

Adresse : 1 Place de la mairie

Code postal : 91470

Ville : LES MOLIERES

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

I B A N

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

()

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y

Paiement ponctuel Y

Signé à :

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 COMMUNE LES MOLIERES. 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 LES MOLIERES

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.