

DOSSIER D'INSCRIPTION

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Portable :

Pièces à joindre au dossier

Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul

oui

non

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence

oui

non

Autorise la prise de photo

oui

non

Autorise la participation aux sorties scolaires

oui

non

Port de lunettes

oui

non

Port d'un appareil dentaire

oui

non

Port d'un appareil auditif

oui

non

Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires

Date et signature

Fiche de la famille

Responsable

Civilité :

Prénom :

Nom :

Situation

Qualité* :

Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : *

Employeur :

Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions Intermédiaires / Retraités

Organismes Tiers

N° CAF :

N° MSA :

Régime* :

* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

Autorisations

Information par mail* :

Information par SMS* :

* Oui / Non

Conjoint

Civilité :

Prénom :

Nom :

Situation

Qualité* :

Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : *

Employeur :

Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Autorisations

Information par mail* :

Information par SMS* :

* Oui / Non

Données complémentaires

Date et signature

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : _____

Numéros de téléphone :

Mère : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

Fiche d'inscription : 2017/2018

Etablissement : Ecole de Chamay

Garderie matin

-
- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

-
- Inscription occasionnelle

Garderie Mercredi Midi

-
- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

-
- Inscription occasionnelle

Garderie soir

-
- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

-
- Inscription occasionnelle

Repas

-
- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

-
- Inscription occasionnelle

Date et signature

ESPACE FAMILLE

Mise à disposition d'un espace famille sur internet : ce portail vous permet de visualiser, d'éditer vos factures, l'état de votre compte et de faire les modifications de réservation. Aucun document ne vous sera transmis par la Mairie.

Cet espace famille permettra de limiter l'échange de documents papiers.

Si ce mode de fonctionnement vous intéresse merci de compléter le bon ci-dessous, un code d'accès vous sera communiqué en retour.

Coupon réponse à retourner avec le dossier d'inscription

Je souhaite avoir accès à mon espace famille.

J'ai bien noté qu'à compter de ce jour, la modification des réservations ne pourra se faire uniquement qu'à partir de l'espace famille, ainsi que la consultation et l'édition des factures (aucun exemplaire papier ne sera délivré par la Mairie).

Adresse mail :

Fait à Le

Signature du responsable légal :

Commune de CHARNAY

OBJET : Règlement des factures de garderie périscolaire et de restaurant scolaire

Madame, Monsieur,

Afin de vous faciliter le règlement de vos factures de restaurant scolaire et de garderie périscolaire, nous vous proposons un nouveau moyen de paiement :

" LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE "

Ce mode de paiement est gratuit, pratique, sûr et résiliable à tout moment.

Vous évitez l'envoi d'un chèque, chaque mois.

Vous évitez aussi de recevoir une lettre de rappel, en cas d'oubli.

Si vous optez pour ce mode de paiement, vous voudrez bien compléter la demande d'autorisation de prélèvement ci-jointe (les deux parties) sans oublier d'y apposer votre signature. Vous m'en ferez retour accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (**RIB ou RIP**) avant le 30 du mois pour une prise en compte le mois suivant.

Le premier prélèvement interviendra le 25 de chaque mois

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Maire,

Laurent DUBUY

P.J (au dos) : Demande d'autorisation de prélèvement

DEMANDE DE PRELEVEMENT

Prière de retourner les deux parties dûment complétées en y joignant un relevé d'identité bancaire

A adresser à :
Mairie de CHARNAY

Désignation de l'organisme encaisseur :
Trésorerie de Chazay d'Azergues

Facture Cantine scolaire

Désignation du titulaire du compte à débiter

Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé R.I.B.	Désignation de l'établissement teneur du compte à débiter

Je vous prie de bien vouloir désormais faire prélever en votre faveur, sur le compte référencé ci-dessus, la somme dont je suis débitrice au titre de la La présente instruction demeure valable jusqu'à ce que j'en ai demandé l'annulation par lettre adressée à vos services en temps utile.

A, **Le** Signature

NE PAS SEPARER

AUTORISATION DE PRELEVEMENT J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° EMETTEUR
593786

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier

Désignation du compte à débiter			
Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé R.I.B.

Désignation de l'établissement teneur du compte à débiter

DATE :

Signature du titulaire du compte à débiter