**DOSSIER PERISCOLAIRE**

SERVICE ENFANCE-JEUNESSE

Prénom et Nom de l’enfant/jeune :

Sexe : Date de naissance : Lieu de naissance :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Représentants légaux | PAPA  ou représentant légal 1 | MAMAN  ou représentant légal 2 |
| NOM |  |  |
| PRENOM |  |  |
| Lien avec l’enfant/jeune |  |  |
| ADRESSE |  |  |
| TEL DOMICILE (obl) |  |  |
| TEL PORTABLE (obl) |  |  |
| TEL PROFESSIONNEL |  |  |
| MAIL (obl) |  |  |

Les parents de l’enfant vivent-ils ensemble : OUI NON

Si NON, une garde alternée a-t-elle été mise en place ; OUI NON

SI OUI, merci de remplir les cadres A & B ci-dessous.

Si NON, merci de remplir les cadres B & C ci-dessous :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CADRE A | CADRE B | CADRE C |
| **En cas de garde alternée,**  -selon les semaines :  Chez la maman  Chez le papa  -selon les jours :  **Chez la maman**  Lund. Mard. Merc.  Jeud. Vend.  **Chez le papa**  Lund. Mard. Merc.  Jeud. Vend. | **Dans le cas des parents séparés, la facturation est-elle ?**  A la charge exclusive de la mère  A la charge exclusive du père  Répartie pour moitié à chaque parent  Répartie selon les réservations  faites par chaque parent | **Garde chez l’un des parents uniquement,**  Garde au domicile de la mère  Garde au domicile du père  **Les deux parents sont-ils autorisés à venir chercher l’enfant/jeune ?**  OUI NON  Si NON,  fournir une copie du jugement |

CADRE RESERVE A LA COMMUNE

DOSSIER COMPLET REMIS LE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RECEPTIONNE PAR : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOSSIER PERISCOLAIRE**

SERVICE ENFANCE-JEUNESSE

Je soussigné(e),

responsable légal de l’enfant (classe)

**PUBLICATION DE L’IMAGE**

**J'autorise** :

* la diffusion de films de mon enfant :   
   OUI NON
* la diffusion des photos et/ou de films de mon enfant sur un site internet : OUI NON
* la diffusion des photos de mon enfant dans la presse dans le cadre : OUI NON

**Dans le cadre des activités périscolaires, des images fixes ou animées peuvent être réalisées.** Elles peuvent être utilisées dans le cadre d'une correspondance, de la diffusion d'un journal, sur un site internet, à but non lucratif et réputés pour leur sérieux, ou tout simplement affichées à l'intérieur ou à l'extérieur des locaux scolaires ou municipaux.

**PARTICIPATION AUX SORTIES PERISCOLAIRES / TRANSPORTS COLLECTIFS**

**J'autorise** :

* la participation de mon enfant à toutes les sorties périscolaires/extrascolaires organisés par les services municipaux  
   OUI NON
* l’utilisation par mon enfant des transports collectifs pour toutes les activités municipales auxquelles il est inscrit

OUI NON

Durant les activités périscolaires (accueil périscolaire, restauration scolaire, l'ALSH mercredi, les TAP) et les temps extrascolaires (vacances), la commune peut être amenée à organiser des transports collectifs pour déplacer les enfants.

**DEPART SEUL DE L’ENFANT**

**J'autorise** mon enfant à quitter seul les services : OUI NON

* Si OUI, tous les jours : à quelle heure :
* Si Oui, certains jours, lesquels : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

***Ces autorisations sont valables jusqu’à REVOCATION par les parents ( par écrit)***

**DOSSIER PERISCOLAIRE**

SERVICE ENFANCE-JEUNESSE

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

**Je demande** que les personnes ci-dessous soient prévenues en cas d’urgence et soient autorisées à venir chercher l’enfant aux services municipaux (accueil périscolaire, restauration scolaire et accueil de loisirs).

***Les personnes autorisées à venir chercher l'enfant doivent IMPERATIVEMENT  
produire une pièce d'identité en cours de validité.***

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

Adresse :

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

Adresse

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

Adresse

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

Adresse

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

Adresse

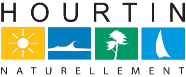
Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

Adresse

***Ces autorisations sont valables jusqu'à REVOCATION par les parents (par écrit).***

** FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

***FICHE OBLIGATOIRE lors de l’inscription initial  
et lors de l’entrée en PS, CP, 6ème*** *(et en cas de changements de situation médicale)*

Je soussigné(e),

responsable légal de **l’enfant (nom et prénom)**   **Classe :**

N° tél d'urgence du PARENT 1 :

N° tél d’urgence du PARENT 2 :

Organisme : N° sécurité sociale :

**CERTIFICAT DE VACCINATION -** *réservé au médecin*

Je soussigné(e), Docteur TELEPHONE :

ADRESSE :

certifie que l'enfant né(e) le

à est à jour de ces vaccinations obligatoires.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait le : A :

*signature / tampon*

**MEDECIN TRAITANT** (si différent du médecin ci-dessus indiqué)

NOM et PRENOM :

ADRESSE : TELEPHONE :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DIVERS**

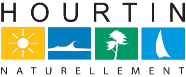
En cas d'allergie, asthme… joindre la copie du **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**

ALLERGIES

*Asthme* OUI NON *Alimentaires* OUI NON *Médicamenteuses* OUI NON

*Autres* OUI NON

Le cas échéant, préciser la **cause** de l’allergie et la **conduite à tenir**:

** FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

***FICHE OBLIGATOIRE lors de l’inscription initial  
et lors de l’entrée en PS, CP, 6ème*** *(et en cas de changements de situation médicale)*

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre** :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires…). PRECISER:

**AUTORISATIONS**

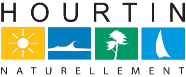
**J'AUTORISE** le personnel de la structure, sous couvert de la directrice, à administrer du paracétamol à notre enfant, en cas de température supérieurs à 38°,5.

En cas d’urgence et d’intervention des services d’urgence, **J'AUTORISE** la directrice de la structure ou son adjoint, à communiquer la fiche sanitaire de l’enfant aux services médicaux d’urgence.

**JE DECLARE** exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**A : le :**

**Signature du père Signature de la mère**

** ATTESTATION D'EMPLOI**

Je soussigné*(e)* Monsieur/*Madame ,*

agissant en qualité de de l'entreprise *,*

certifie que Monsieur/Madame ,

demeurant

est embauché*(e)* dans notre société, en qualité de

depuis le *.*

pour une durée indéterminée pour une durée déterminée de mois.

*Fait à,*

*Le*

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**Référence unique du mandat :**

**Type du contrat :**

|  |
| --- |
| Identifiant créancier SEPA (ICS) |
|  |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la **Mairie de Hourtin** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **Mairie de Hourtin.**

Vous bénéficierez du droit d’être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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

|  |
| --- |
| DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER |
|  |

|  |
| --- |
| DESIGNATION DU CREANCIER |
| MAIRIE DE HOURTIN  BP 26  PLACE DE L’EGLISE  33990 HOURTIN  BANQUE DE FRANCE HOURTIN |

**DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER**

**IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)**

**Type de paiement :** paiement récurrent/répétitif

**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 RELEVE D’IDENTITE 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  .

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l’exécution par simple demande à ma banque. Je règlerai le différent directement avec

Les informations contenues dans le présent contrat, 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 à l’informatique, aux fichiers et aux libertés.