

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Enfant(s) scolarisé(s) :

	Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée à la rentrée 2021-2022	Classe
1					
2					
3					
4					

Responsables légaux :

Responsable 1	Responsable 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date et lieu de naissance : .....	Date et lieu de naissance : .....
Adresse : ..... .....	Adresse : ..... .....
E-mail : .....	E-mail : .....
E-mail de l'enfant : .....	E-mail de l'enfant : .....
Tél fixe : .....	Tél fixe : .....
Tél portable : .....	Tél portable : .....
Tél portable de l'enfant : .....	Tél portable de l'enfant : .....
Profession : .....	Profession : .....
Nom employeur : .....	Nom employeur : .....
Adresse employeur : ..... .....	Adresse employeur : ..... .....
Tél professionnel : .....	Tél professionnel : .....

**Situation des parents** :  Mariés  Pacsés  Concubins  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire

Si vous êtes séparé ou divorcé, précisez le nom de la personne ayant la garde de l'enfant :

.....

Garde alternée :  OUI  NON (1 dossier à constituer par foyer)

N° Allocataire CAF : ..... (joindre attestation de Quotient Familial)

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

**Je souhaite régler mes factures par prélèvement automatique :**

OUI (joindre un RIB)  NON

Personnes autorisées à venir chercher l'(les) enfant(s) ou à contacter en l'absence des responsables :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....(N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....(N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....(N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : ..... (N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

## FICHE D'INSCRIPTION ENFANT(S)

Fréquentation restauration scolaire :

(Cochez le régime alimentaire pour chaque enfant et les jours souhaités)

Régime alimentaire	Repas normal	Repas sans viande	P.A.I*	Restauration scolaire	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Planning variable*
Enfant 1				Enfant 1					
Enfant 2				Enfant 2					
Enfant 3				Enfant 3					
Enfant 4				Enfant 4					

\* Joindre l'attestation médicale

\* Planning communiqué au plus tard le jeudi avant 17h00 pour la semaine suivante

Consultez les menus sur [www.pulnoy.fr](http://www.pulnoy.fr)

Fréquentation accueil périscolaire maternel du soir : Cochez les jours souhaités

Enfant(s) scolarisé(s) en maternelle uniquement

Accueil périscolaire maternel	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Planning variable
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					
Enfant 4					

Fréquentation mercredis récréatifs : Cochez vos souhaits

Mercredis récréatifs	Mercredi		Planning variable*
	8h-13h30	8h-18h	
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

\* Planning communiqué au plus tard le jeudi avant 17h00 pour la semaine suivante

Fréquentation Mission Ados : Cochez vos souhaits

Enfant(s) scolarisé(s) à partir du CM2 uniquement

Mission Ados	Permanences d'accueil libre et coup de pouce aux devoirs	Activités organisées les mercredis après-midi et soirées	Activités organisées durant les vacances scolaires
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			

### ATTESTATION

Je soussigné(e) Mme et/ou M. ....

Responsable de(s) l'enfant(s) .....

Scolarisé(s) à l'école .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de l'accueil des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant après avis médical. **Je m'engage également à faire parvenir à la mairie toutes modifications ou compléments de santé concernant mon enfant, dans le but que cette fiche reflète l'exacte situation de santé de mon enfant.**

Reconnais avoir pris connaissance du (des) règlement(s) intérieur consultable(s) sur le site internet de la Ville et valable(s) pour l'année scolaire en cours (restauration scolaire, accueil périscolaire maternel du soir, mercredis récréatifs, Mission Ados) et m'engage à le(s) respecter.

Fait à ....., le .....

Signature du ou des responsables légaux  
(précédée de la mention  
« Lu et approuvé ») :

### PIECES A FOURNIR

Le dossier doit impérativement être accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Attestation de Quotient familial délivré par la CAF
- Attestation de responsabilité civile individuelle
- Fiche sanitaire (1 par enfant)
- Photocopie du carnet de vaccination
- RIB (si prélèvement automatique)
- Mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé
- Règlement de l'adhésion Mission Ados



**Un dossier incomplet ne pourra pas être accepté**



**A déposer à l'accueil du Service Toutes Générations  
avant le 06 août 2021**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021-2022

Votre enfant fréquente :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Restauration scolaire | <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire maternel |
| <input type="checkbox"/> Mercredis récréatifs  | <input type="checkbox"/> Mission Ados                  |

### 1 - IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

- GARÇON       FILLE

### 2 – VACCINATIONS

Joindre la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

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 sa présence dans le service ? 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.**

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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"/>	

**ALLERGIES :**      ASTHME      Oui  Non       MÉDICAMENTEUSES      Oui  Non   
                          ALIMENTAIRES      Oui  Non       AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

.....  
.....  
**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours    Oui     Non   
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

**Régime alimentaire :**    Repas normal     Repas sans viande     P.A.I

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

.....  
.....  
RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE    oui     non     si oui, lequel ?

.....  
.....  
VOTRE ENFANT POSSEDE-T'IL L'ATTESTATION DE NAGE SUR 25 M :    oui     non   
VOTRE ENFANT POSSEDE-T'IL L'ATTESTATION DE NAGE SUR 50 M :    oui     non   
(Si oui, joindre une copie du justificatif)

VOTRE ENFANT PRESENTE-T'IL UNE CONTRE-INDICATION PARTICULIERE A LA PRATIQUE SPORTIVE OU A UNE DISCIPLINE SPECIFIQUE :    oui     non   
(Si oui, fournir un certificat médical)

**4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM.....

Père     Mère     Autre (précisez)  .....

**Situation familiale :**

Célibataire     Marié(e)     Séparé(e)     Divorcé(e)     Veuf(ve)     Vie maritale

PROFESSION .....

ADRESSE  
.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE.....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (*FACULTATIF*).....

## 5 – PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

NOM ..... PRÉNOM.....  
ADRESSE.....  
TÉL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE .....  
LIEN AVEC L'ENFANT.....

## 6 - AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme ou M. .... responsable de l'enfant.....  
(Cochez les cases correspondantes à vos choix)

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant après avis médical. **Je m'engage également à faire parvenir à la mairie toutes modifications ou compléments de santé concernant mon enfant, dans le but que cette fiche sanitaire reflète l'exacte situation de santé de mon enfant.**
- Autorise mon enfant à se faire photographier ou filmer dans le cadre des activités de la restauration scolaire et/ou de l'accueil périscolaire maternel du soir et/ou des mercredis récréatifs et/ou de la Mission Ados. Ces films et photos peuvent être diffusés pour présenter les actions menées (presse, site internet de la ville, publications municipales et métropolitaines, réseaux sociaux municipaux et métropolitains, album, expositions).

Pour la Mission Ados :

- Autorise mon enfant à participer aux activités mises en place par la Mission Ados durant l'année scolaire 2021-2022 (permanences d'accueil libre et coup de pouce aux devoirs les mardis et jeudis soirs de 16h30 à 18h et les mercredis de 15h30 à 17h à la Maison des Jeunes, activités organisées les mercredis après-midi, activités organisées durant les vacances scolaires)
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités, depuis le lieu de l'activité.
- Souhaite recevoir le programme de la Mission Ados par mail uniquement.  
Précisez votre adresse mail : .....

Date :

Signature :

## 7 - RESPONSABILITE CIVILE

Nous précisons que votre enfant reste sous votre entière responsabilité civile et que c'est donc votre assurance qui couvrira les éventuels frais en cas de préjudice occasionné par lui-même. En conséquence, vous devez être couvert en responsabilité civile. En cas de litige entre les deux parents, il pourra être demandé un justificatif attestant l'autorité parentale.

# Règlement intérieur de la Mission Ados

La Mission Ados accueille les jeunes scolarisés à partir du CM2, jusqu'à l'âge de 18 ans.  
Les dossiers d'inscription sont valables du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août de l'année en cours et doivent être obligatoirement accompagnés des pièces suivantes :

- Copie du carnet de vaccination
- Attestation de responsabilité civile individuelle
- Attestation dûment complétée, datée et signée
- Règlement de l'adhésion

L'adhésion à la Mission Ados, valable à l'année, permet de participer à toutes les activités : accueil libre, activités des mercredis, soirées, créneaux....

## Tarifs de l'adhésion 2021-2022 :

Quotient familial < 800	Quotient familial > 800	Extérieurs
6 €	10 €	14 €

L'inscription aux activités reste tout de même obligatoire et se fera dans la limite des places disponibles.

## INSCRIPTIONS PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES

L'adhésion à la Mission Ados n'est pas obligatoire pour les inscriptions aux activités des vacances scolaires.

Les enfants pulnéens (dont les parents habitent PULNOY) et les enfants du personnel communal disposent d'une demi-journée d'inscription qui leur est spécifiquement réservée.

Suite à cette demi-journée, les inscriptions seront ouvertes à tous.

Les dates et horaires d'inscription seront précisées sur chaque programme d'activité.

Le remboursement aux activités et stages est possible si l'annulation par la famille intervient une semaine avant le début de l'activité ou sur présentation d'un certificat médical.

Néanmoins, lors d'inscriptions à un stage sur une semaine, toute semaine entamée est due.

L'inscription aux activités sera définitive après son règlement au Service Toutes Générations (paiement immédiat).

## Consignes aux jeunes pendant les activités :

- Doivent être impérativement respectés : les autres participants, les animateurs et intervenants, les locaux et le matériel, les consignes données par les animateurs ainsi que les horaires des activités.

- Tout retard, absence ou départ prématuré doit être signalé par téléphone, sms ou mail au Service Toutes Générations\* ou à la Mission Ados\*\*.

- Aucune violence physique ou verbale (moqueries et/ou insultes) ne sera admise lors des activités et pourra entraîner une exclusion temporaire et/ou définitive.

- La consommation et la détention du tabac ou de cigarette électronique au sein de l'accueil de loisirs sont interdites.

- L'utilisation du portable pendant les activités est interdite sous peine d'être confisqué le temps de l'activité. Néanmoins, son utilisation reste tolérée avant et à la fin de l'animation (temps d'accueil).

De la même manière, les enregistrements sonores et visuels ainsi que leur diffusion sur Internet et sur les réseaux sociaux à l'insu d'une personne sont strictement interdits.

\*Service Toute Générations : 03-83-29-87-90 - [contact@pulnoy.fr](mailto:contact@pulnoy.fr)

\*\* Mission Ados : 06-25-72-74-16



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

**Type de contrat :**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER).

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 CRÉANCIER SEPA

**FR 24 ZZZ 83728C**

## DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

## DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : **MAIRIE DE PULNOY**

Adresse : **2 RUE DU TIR**

Code postal : **54425**

Ville : **PULNOY**

Pays : **FRANCE**

## DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

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

Paiement ponctuel **Y**

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

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 (NOM DU CREANCIER). 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 (NOM DU CREANCIER).

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.