

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant(s) scolarisé(s) :

	Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée à la rentrée 2022-2023	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 SANITAIRE DE LIAISON 2022-2023

Votre enfant fréquente :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Restauration scolaire | <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire |
| <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
ALIMENTAIRES Oui Non

MÉDICAMENTEUSES 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.**
- 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.
- 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 2022-2023 et 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.

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



Un dossier incomplet ne pourra pas être accepté



**A déposer à l'accueil du Service Toutes Générations
avant le 08 août 2022**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions aux activités périscolaires, restauration scolaire et mission ados. Les destinataires des données sont : SERVICES TOUTES GENERATIONS DE LA MAIRIE DE PULNOY. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : SERVICE TOUTES GENERATIONS - 2 rue du Tir - 54425 PULNOY - Téléphone : 03.83.29.87.90 / Télécopie : 03.55.68.70.03 Mail : webmaster@pulnoy.fr

LES INSCRIPTIONS 2022/2023

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

RESTAURATION SCOLAIRE

Régime alimentaire : Merci de cocher la case :

Tous aliments	Sans viande	PAI

A l'année scolaire (à compter du.....)

Merci de cocher les jours de présence de votre enfant (11h30 – 13h30) (prix du repas + 1h de périscolaire):

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Occasionnellement

Vous avez trois possibilités pour une inscription à la restauration scolaire

- Soit par mail : cantine.peri@pulnoy.fr
- Soit par l'intermédiaire du portail famille
- Soit à l'accueil du STG

Rappel : L'inscription à la cantine doit se faire la veille avant 9h. Les inscriptions « hors délai » doivent être exceptionnelles (hospitalisation, changement de planning de travail....) et justifiées (justificatif à l'appui).

ACCUEIL PERISCOLAIRE

A l'année scolaire (à compter du.....)

Merci de cocher les jours de présence de votre enfant :

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Matin 7h-8h30				
Midi 11h30 – 12h30 (accueil sans repas)				
Soir 16h30 – 18h30				

La facturation se fera au quart d'heure et tout quart d'heure entamé sera dû.

Occasionnellement

La procédure d'inscription est identique à celle de la restauration scolaire.

Rappel : L'inscription doit se faire la veille avant 9h. Les inscriptions « hors délai » doivent être exceptionnelles (hospitalisation, changement de planning de travail....) et justifiées (justificatif à l'appui).

MERCREDIS RECREATIFS

A l'année scolaire (à compter du.....)

Merci de cocher la formule de présence de votre enfant :

Formule 1 (arrivée échelonnée)		Heure arrivée enfant
Matin avec repas (7h – 13h30) <i>Facturation au 1/4h jusque 12h + repas</i> <i>(pas de sortie avant 13h30)</i>		

Formule 2 (arrivée échelonnée)		Heure arrivée enfant
Matin sans repas (7h – 12h) <i>Facturation au 1/4h</i> <i>(pas de sortie avant 13h30)</i>		

Formule 3		
Après-midi avec repas (12h – 17h) <i>Facturation du repas + après-midi</i> <i>(pas de sortie avant 17h)</i>		

Formule 4		
Après-midi sans repas (13h30 – 17h) <i>Facturation activité</i> <i>(pas de sortie avant 17h)</i>		

Garderie (départ échelonné)		Heure départ enfant
Soir de 17h à 18h30 <i>Facturation au 1/4h</i>		

Occasionnellement

La procédure d'inscription est identique à celle de la restauration scolaire.

Rappel : L'inscription doit se faire la veille avant 9h. Les inscriptions « hors délai » doivent être exceptionnelles (hospitalisation, changement de planning de travail...) et justifiées (justificatif à l'appui).

MISSION ADOS

Cocher vos souhaits (enfant scolarisé à partir du CM2 uniquement)

Accueil libre Maison des Jeunes Aide aux devoirs	Mercredi après-midi Soirée - Sortie	Semaine vacances	Créneau

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.