

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



SEBOURG



SERVICE SCOLAIRE ENFANCE – JEUNESSE Année scolaire 2021/2022

Classe : _____

ENFANT : Nom Prénom(s) Sexe M F
Né(e) le :/...../ Lieu de naissance
Adresse :
Code postal Ville

RESPONSABLES LEGAUX :

PERE : Nom Prénom
Situation familiale(1)..... Autorité parentale oui non*
Adresse (si différente de celle de l'élève)
Code postal Ville
☎ domicile...../...../...../...../ ☎ portable...../...../...../...../
Profession : ☎ travail...../...../...../...../
mail :@.....

MERE : Nom (naissance) Prénom
Situation familiale(1)..... Autorité parentale oui non*
Adresse (si différente de celle de l'élève)
Code postal Ville
☎ domicile...../...../...../...../ ☎ portable...../...../...../...../
Profession : ☎ travail...../...../...../...../
mail :@.....

(1) célibataire – marié(e) – veuf(ve) – divorcé(e) – séparé(e) – concubin(e) – pacsé(e) ; (*) photocopie du jugement

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

organisme..... Autorité parentale oui non
fonction Lien avec l'enfant.....
Adresse
Code postal Ville
☎ domicile..... ☎ portable..... ☎ travail.....

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT

Autres que les parents (Aucun enfant de moins de 7 ans ne sera confié à un enfant de moins de 11 ans)

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Adresse complète	Téléphone	Autorisations
**				<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> A prendre l'enfant

**				<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> A prendre l'enfant
**				<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/> A prendre l'enfant

**Il sera demandé à ces personnes de présenter leur carte d'identité.

INFORMATIONS MEDICALES

Concernant le médecin traitant, nous contacterons en premier celui indiqué sur la fiche sanitaire, mais en cas de nécessité, nous ferons appel au premier docteur disponible.

En cas d'urgence, votre enfant sera conduit au centre hospitalier de Valenciennes par les pompiers.

En cas de régime alimentaire particulier, merci de l'indiquer sur la fiche d'inscription (cantine et mercredi).

En cas d'allergie, merci de l'indiquer sur la fiche sanitaire.

En cas de PAI (projet d'accueil individualisé) merci de nous le fournir.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Nom et prénoms des frères et sœurs	Date de naissance	Profession ou école

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile ⇒ oui ⇒ non

Individuelle Accident ⇒ oui ⇒ non

Compagnie d'assurance :

n° de police :

Date d'échéance :/...../.....

AUTORISATIONS POUR LE SERVICE ENFANCE - JEUNESSE

Je soussigné(e)

Responsable légal de

autorise

⇒ que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités oui non

⇒ mon enfant à participer à toutes les activités physiques et sportives organisées oui non

⇒ mon enfant (de + de 7 ans) à repartir seul après la garderie ou l'accueil de loisirs* oui non

⇒ mon enfant à participer aux baignades surveillées* oui non

⇒ l'équipe médicale à pratiquer les gestes indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant. oui non

⇒ les responsables de l'activité à prendre toutes les mesures et initiatives d'urgence dans l'intérêt de mon enfant et m'engage à rembourser les frais médicaux avancés. oui non

⇒ certifie que mon enfant (de plus de 6 ans) possède un brevet de natation de 25 m ou plus. Obligatoire pour la voile (joindre copie du brevet)* oui non

⇒ décharge la direction des activités de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital par les pompiers. oui non

⇒ certifie avoir pris connaissance du règlement du service enfance – jeunesse et en accepte le fonctionnement. oui non

(*Uniquement pour les accueils de loisirs de l'APER)

PIECES A JOINDRE (une copie des documents) :

Carte d'identité ou passeport de l'enfant

Carte de Sécurité Sociale

Carte de Mutuelle
Assurance scolaire
P.A.I. (projet d'accueil individualisé)

Attestation CAF avec le quotient familial
Brevet de natation
Jugement de divorce

Date :

Signature du père

Signature de la mère

FICHE D'INSCRIPTION

AU SERVICE ENFANCE - JEUNESSE (CANTINE ET GARDERIE)

Année scolaire 2021/2022



SEBOURG



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance ___ / ___ / ___ Classe _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS OU LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

Madame Monsieur Nom _____ Prénom _____
Situation familiale* _____
*célibataire – marié(e) – veuf(ve) – divorcé(e) – séparé(e) – concubin(e) – pacsé(e) ;

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

domicile _____ portable _____ travail _____

Mail _____ @ _____

Numéro de l'allocataire CAF _____

Nom de l'allocataire CAF _____

Montant du quotient familial _____ (joindre l'attestation, à défaut application du tarif le plus élevé)

Restauration scolaire : Inscription à compter du _____ ** (formule adoptée pour l'année).

semaine paire : LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

semaine impaire : LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

En cas de régime alimentaire particulier, merci de l'indiquer ci-dessous et de joindre un certificat médical _____

Garderie : Inscription à compter du _____ ** (formule adoptée pour l'année).

semaine paire : *précisez les horaires d'accueil souhaités dans chaque case*

	lundi	mardi	jeudi	vendredi
Matin (ouvert de 07h15 à 08h50)				
Soir (ouvert de 16h30 à 17h30)				
Soir (ouvert de 17h30 à 18h15) Le dernier 1/4h est gratuit				

semaine impaire : *précisez les horaires d'accueil souhaités dans chaque case*

	lundi	mardi	jeudi	vendredi
Matin (ouvert de 07h15 à 08h50)				
Soir (ouvert de 16h30 à 17h30)				

Soir (ouvert de 17h30 à 18h15) Le dernier 1/4h est gratuit				
---	--	--	--	--

****Toute inscription est payante même en cas d'absence de l'enfant.**

Pour toute autre planification, contactez l'APER.

Chèque d'arrhes n° _____ montant _____ €

Un chèque d'arrhes vous est demandé à l'inscription pour la cantine (encaissé en septembre) correspondant au coût de 10 repas si 3 à 4 repas / semaine ou 5 repas si 1 à 2 repas / semaine.

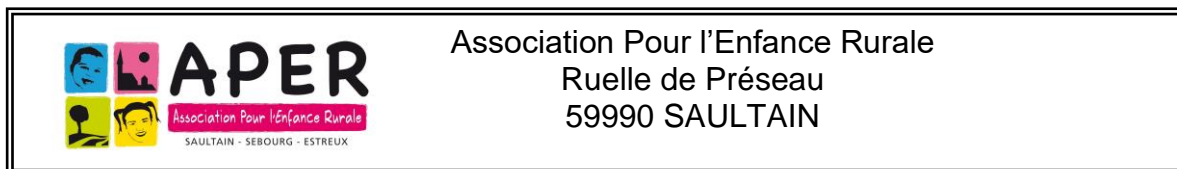
Mode de paiement : prélèvement automatique oui* non *remplir l'autorisation jointe avec un RIB

Fait à Sebourg, le

Signature obligatoire :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :



*Type de Contrat : Prélèvement Mensuel
Mensualisation Périscolaire APER*

Référence unique du mandat : **APER PERISCO SEBOURG**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association pour l'enfance rurale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association pour l'enfance rurale.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Désignation du titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : France

Désignation du créancier

Nom : **Association Pour l'Enfance
Rurale**

ICS :

Adresse : Ruelle de Préseau

Code postal 59990

Ville : SAULTAIN

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Coordonnées de votre compte	<i>Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)(*)</i>
------------------------------------	---

	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)(*)
--	---

TYPE DE PAIEMENT	
Paiement récurrent/répétitif <input checked="" type="checkbox"/>	Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>

Fait à (*) :

Signature(*)

Le (*) :

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE.

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'oppositions, 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'information sur les données et aux libertés.

FICHE D'INSCRIPTION



SEBOURG

AU SERVICE ENFANCE - JEUNESSE
(Mercredi)



Année scolaire 2021/2022

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance ___ / ___ / _____ Classe _____

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LES PARENTS OU LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

Madame Monsieur Nom _____ Prénom _____
Situation familiale* _____
*célibataire – marié(e) – veuf(ve) – divorcé(e) – séparé(e) – concubin(e) – pacsé(e) ;

Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
 domicile _____ portable _____ travail _____
Mail _____ @ _____

Numéro de l'allocataire CAF _____
Nom de l'allocataire CAF _____
Montant du quotient familial _____ (joindre l'attestation, à défaut application du tarif le plus élevé)

ALSH (Des inscriptions pourront être possibles en cours d'année sous réserve des places disponibles).

Inscription à compter du _____ ** (formule adoptée pour l'année).

semaine paire

Mercredi de 9h00 à 12h00 Mercredi de 13h30 à 17h00 Mercredi de 9h00 à 17h00

semaine impaire

Mercredi de 9h00 à 12h00 Mercredi de 13h30 à 17h00 Mercredi de 9h00 à 17h00

En cas de régime alimentaire particulier, merci de l'indiquer ci-dessous et de joindre un certificat médical _____

Garderie

Inscription à compter du _____ ** (formule adoptée pour l'année).

semaine paire : précisez les horaires d'accueil souhaités dans chaque case

matin de 7h15 à 9h00 soir de 17h00 à 18h15

semaine impaire : précisez les horaires d'accueil souhaités dans chaque case

matin de 7h15 à 9h00 soir de 17h00 à 18h15

*Ne pas cocher si votre enfant est inscrit à la journée

****Toute inscription est payante même en cas d'absence de l'enfant.**

Pour toute autre planification, contactez l'APER

Chèque d'arrhes n° _____ montant _____ €

Un chèque d'arrhes pour le mercredi vous est demandé à l'inscription (encaissé en septembre) correspondant au coût de 2 journées.


Mode de paiement : prélevement automatique oui* non *remplir l'autorisation jointe avec un RIB

Fait à Saultain, le

Signature obligatoire :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

 <p>APER Association Pour l'Enfance Rurale SAULTAIN - SEBOURG - ESTREUX</p>	<p>Association Pour l'Enfance Rurale Ruelle de Préseau 59990 SAULTAIN</p>
---	---

*Type de Contrat : Prélèvement Mensuel
Mensualisation Mercredis APER*

Référence unique du mandat : **APER MERCREDI SEBOURG** _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'association pour l'enfance rurale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association pour l'enfance rurale.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Désignation du titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Désignation du créancier

Nom : Association Pour l'Enfance Rurale

ICS :

Adresse : Ruelle de Préseau

Code postal 59990

Ville : SAULTAIN

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Coordonnées de votre compte	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)(*)
	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)(*)

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

Fait à (*) :

Signature(*)

Le (*) :

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE.

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'oppositions, 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.



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

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

.....

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

.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

CP.....VILLE.....

 domicile.....  portable.....  travail.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....



N° de sécurité sociale :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :