

ATTESTATION DE MISE A JOUR

Je soussigné(e), _____ (nom + prénom du responsable)

Responsable de ou des enfant(s) _____ (nom+prénom de ou des enfants)

Certifie : (cocher les cases)

- ☐ Avoir mis à jour (si besoin) les coordonnées des responsables, des enfants et des autres responsables.
- ☐ Avoir mis à jour les informations médicales.
- ☐ Avoir coché oui ou non, pour l'autorisation de photographie
- ☐ Autoriser les personnes citées dans le dossier à venir chercher mon (ou mes) enfant(s) à la sortie
- ☐ Vouloir inscrire mon (ou mes) enfant(s) : (barrer les mentions inutiles)
 - ☐ A la cantine oui non
 - ☐ A la garderie oui non
- ☐ Joindre une attestation d'assurance responsabilité civile et garantie individuelle accident pour mon (ou mes) enfant(s)
- ☐ Joindre la fiche sanitaire de liaison de mon (ou mes) enfant(s) après avoir procédé aux modifications en rouge, le cas échéant
- ☐ Joindre un mandat SEPA accompagné d'un RIB pour le prélèvement automatique (pour une première demande ou un changement de banque)
- ☐ Joindre un PAI (Projet D'Accueil Individualisé) en cas d'allergie, d'asthme ou d'intolérance pour mon (ou mes) enfant(s) ainsi que les trousse de médicaments nécessaires pour chaque service (1 cantine – 1 garderie, le cas échéant).
- ☐ Joindre le règlement intérieur de la garderie signé par l'enfant ET par le(s) parent(s) ou le responsable légal.

Fait à _____, le _____

Déposé en mairie de Cuzieu, le _____

Signature du responsable de ou des enfant(s)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ 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)

[illegible]

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

Je soussigné,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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - Cuzieu**ELEVE**

Nom : Prénom : Sexe :
Né(e) le : __/__/____ Lieu de naissance :
Inscription en classe de : Niveau :

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal : Père - Mère - Tuteur

Nom : Prénom :
Adresse :
☐ Facturer à cette adresse
Téléphone domicile : Portable : Téléphone travail :
Profession : Employeur :
Situation familiale : Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non
Quotient familial : N° allocataire CAF :
Email :

Autre responsable légal : Père - Mère - Tuteur

Nom : Prénom :
Adresse :
☐ Facturer à cette adresse
Téléphone domicile : Portable : Téléphone travail :
Profession : Employeur :
Situation familiale : Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non
Email :

MEDICAL

Personnes à contacter en cas d'urgence :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Si autre : Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville : Téléphone :
Divers :

Régime Social : ☐ Sécurité Sociale ☐ MSA ☐ Autre

N° sous lequel est affilié l'enfant :

Médecin : Tel Médecin :
Groupe sanguin : Dernier vaccin Tétanos : __/__/____
Allergies :

SORTIE

Personnes autorisées à prendre l'enfant à la sortie :

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Si autre : Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Divers :

Si autre : Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Divers :

Si autre : Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Divers :

Compagnie d'assurance :

N° police :

☐ J'autorise le fait que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires

AUTRES INFORMATIONS

L'enfant mangera à la cantine : ☐

L'enfant ira à la garderie :

☐ Oui ☐ Non

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

Type de contrat : Prélèvement pour la régie Cantine

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

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 CREANCIER SEPA

FR83ZZZ657340

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays : France

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : Mairie de Cuzieu

Adresse : 10 route de Veauche

Code postal : 42330

Ville : Cuzieu

Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☒

Paiement ponctuel ☒

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

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 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 (Mairie de Cuzieu). 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 (Mairie de Cuzieu).

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.

