



Maison de la Jeunesse et des Loisirs & Restaurant Scolaire

Inscription année 20.../20...

Secteurs : Maternel Primaire Adolescent Classe _____

Prestations : Extrascolaire Périscolaire Cantine

Nom de l'enfant : Prénom : Sexe : Fille Garçon
Date et lieu de naissance :
Commune de résidence :
N° s.social : clé :
Assurance et numéro :
N° allocataire CAF : ou MSA :
Médecin traitant : N° Tél :
En cas d'urgence, transporter l'enfant à :

<p>NOM Prénom du père : Date de naissance :</p> <p>Adresse : Commune et code postal :</p> <p>Tél. fixe : Portable : Email :</p> <p>Profession du père :</p> <p>Nom, adresse, téléphone de l'employeur :</p> <p>NOM Prénom de la mère : Date de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tél. fixe : Portable : Email :</p> <p>Profession de la mère :</p> <p>Nom, adresse, téléphone de l'employeur :</p>
--

Demande d'inscription à la CANTINE à compter du _____

forfait mois au ticket

- paiement direct (possibilité de payer en CESU ou chèques vacances)
 paiement par prélèvement (autorisation de facture électronique)

Et déclare savoir que ce choix est un engagement qui ne peut être modulé à convenance. (cf règlement)

Autorisation Parentale/Droit à l'image

- Je soussigné(e) autorise mon enfant à pratiquer les activités proposées par la Maison de la Jeunesse et des Loisirs (MJL), à consommer les mets préparés dans le cadre des animations programmées (respect des normes H.A.C.C.P.). En outre, j'autorise la MJL à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, pour hospitaliser mon enfant si besoin est, et m'engage à rembourser les sommes avancées en cas de frais médicaux.

- Je consens également à ce que la MJL diffuse l'image (photos, films) de mon enfant, gratuitement et pour la durée de son inscription annuelle, à travers les publications suivantes : articles de journaux (L'Indépendant, Le Petit Vercol), page Facebook de la commune « Corneilla Esprit Village » et, uniquement pour les adolescents, page Facebook du Point Jeunes « PJ CDV », groupe Snapchat « Point Jeunes CDV ». Il s'agira de présentation ou de restitution d'animations, d'informations sur la vie de l'établissement.

- De plus, la MJL ne peut être tenue responsable en cas de perte et de vol, ainsi que non-conformité sanitaire des denrées emportées par les adhérents lors des activités (goûter, pique-nique...). J'ai bien pris connaissance du ou des règlements intérieurs et en accepte le contenu.

A Corneilla del Vercol le : Signature des parents, précédée de la mention <<Lu et approuvé>> :

Documents obligatoires :

Fiche sanitaire de liaison, copie du carnet de vaccination, attestation d'assurance extra et périscolaire.

L'ENFANT NE SERA PAS ACCUEILLI DANS L'ETABLISSEMENT TANT QUE SON DOSSIER COMPLET N'AURA PAS ETE REMIS.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT :
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

LIEU & PÉRIODES DU SÉJOUR : _____

**CETTE FICHE PERMET DE RECEILLIR DES INFORMATIONS ESSENTIELLES :
 REMPLISSEZ-LÀ AVEC LE PLUS GRAND SOIN !!!**

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				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (précisez)	
OU DT 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 documents correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage marqué au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

ALLERGIES : Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
 Alimentaires OUI NON Autres : _____

Précisions concernant les allergies ci-après...

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (SI AUTOMÉDICATION PAR L'ENFANT, LE SIGNALER)

INDIQUEZ CI-APRÈS **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATE ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

4 – RECOMMANDATIONS DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRES, UN HANDICAP, ETC. PRÉCISEZ...

5 – LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

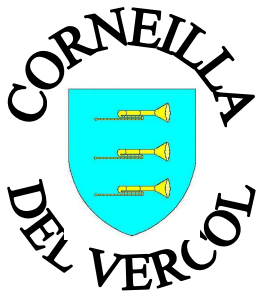
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

TÉL. (FIXE & PORTABLE) _____ TRAVAIL _____

NOM & TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT _____

Je, soussigné _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : _____ Signature :



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : SERVICE ALSH DE CORNEILLA DEL VERCOL

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Trésor Public à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Trésor Public.

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

FR70ZZZ563290

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	TRESOR PUBLIC

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 ___ / ___ / _____ :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME)
Nom du tiers débiteur (bénéficiaire du service ALSH):

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 le Trésor Public. 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 le Trésor Public.

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.