

FICHE D'INSCRIPTION UNIQUE
CANTINE / GARDERIE
ALSH LES P'TITES GRAINES
2024-2025

A noter il est nécessaire de remplir un dossier par enfant

IDENTITE DE L'ENFANT		
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Lieu de Naissance :		
Régime alimentaire (Choix du menu cantine) : Classique Sans porc		
Pendant l'année scolaire 2024/2025 l'enfant fréquentera le(s) service(s) suivant :		
<input type="checkbox"/> Cantine <input type="checkbox"/> garderie (hors vacances) <input type="checkbox"/> ALSH (pendant les vacances)		

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom	Nom
Prénom	Prénom
Type : père – mère – autre :	Type : père – mère – autre :
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Téléphone :	Téléphone :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Concubins Marié Séparé/ divorcé	
En cas de séparation, divorce, l'autorité parentale est exercée par : Pour la facturation, merci de nous préciser à qui doit être envoyée la facture :	
CAISSE D'AFFILIATION : CAF / MSA	
Quotient familial de référence :	<input type="radio"/> CAF <input type="radio"/> MSA

PERSONNE(S) RESSOURCE(S) AUTRE QUE LES PARENTS	
Contact	Contact
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Email :	Email :
Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : Oui / Non	Appel en cas d'urgence : Oui / Non
Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non	Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non
Contact	Contact
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Email :	Email :

Portable :	Portable :
Appel en cas d'urgence : Oui / Non	Appel en cas d'urgence : Oui / Non
Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non	Autorisé à récupérer l'enfant : Oui / Non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations

Partir seul : si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (à joindre avec cette fiche)	OUI / NON
Autorisation de sortie : Nous autorisons notre enfant à quitter la structure pour des sorties découvertes, balade pour l'année scolaire.	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement pour l'année scolaire en cours pour la prise de photo et la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles, bulletins municipaux, et sur le site internet de la commune	OUI / NON
Hospitalisation : nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (Traitement, hospitalisation, intervention) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.	OUI / NON

CHOIX DE L'UTILISATION DES SERVICES MUNICIPAUX

Cocher votre choix		GARDERIE		Cantine
		Matin	Soir ou APM (mercredi)	
	Lundi			
	Mardi			
	Mercredi			
	Jeudi			
	vendredi			

ATTESTATIONS

Nous soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- Certifions avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la cantine/garderie et de l'ALSH (accueil vacances)
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance extrascolaire
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.
- Autorise mon enfant à se déplacer (à pied, en bus...) à l'extérieur de la structure dans le cadre des sorties proposées.
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

RAPPEL DES PIECES A FOURNIR (tout dossier incomplet sera refusé)

- La fiche d'inscription unique	- Le mandat de prélèvement SEPA
- La fiche sanitaire de liaison	- Un RIB
- Copie du carnet de vaccinations	- L'attestation extra-scolaire en cours de validité
- Attestation d'emploi des parents (attestation sur l'honneur pour les parents travaillant à leur compte)	

Année 2024-2025

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

CANTINE, Garderie et ALSH

Ce document est à compléter et à renvoyer dater et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC - IBAN.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Régie Cantine Golfech (comprenant la cantine, la garderie et l'ALSH) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence Unique Mandat : à compléter par l'administration

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Identifiant Créancier SEPA :

FR79CAN816D6C

Nom : REGIE CANTINE Golfech

Identifiant Créancier SEPA :

FR79GAR816D6C

Nom : REGIE CANTINE Golfech

Adresse : 6 place du Padouen

Code postal : 82400

Ville : Golfech

Pays : FRANCE

Désignation du compte à débiter :

Banque :

Iban :

Bic :

Joindre un RIB

Le :

A :

Signature :

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de

- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) **JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATIONS**

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondant (**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 et sans PAI.

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

<p>RUBÉOLE</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>VARICELLE</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>ANGINE</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>SCARLATINE</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>
<p>COQUELUCHE</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>OTITE</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>ROUGEOLE</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p>OREILLONS</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si PAI merci de fournir une copie)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET AUTRE(S) ÉLÉMENT(S) CONCERNANT L'ENFANT EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

2 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, DES TROUBLES 0
PRENDRE EN COMPTE... PRÉCISEZ :

lunettes : votre enfant a-t-il des lunettes ? OUI / NON

ppareil dentaire : Votre enfant a-t-il un appareil dentaire ? OUI / NON

ppareil auditif : Votre enfant a-t-il un appareil auditif ? OUI / NON

utre(s) Information(s) importante(s) qui permet une meilleure prise en charge de votre enfant

3 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE: _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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 :
