

NOM : _____

Prénom : _____

photo

DOSSIER d'INSCRIPTIONS
Année 2024 / 2025
PÔLE ENFANCE-JEUNESSE

- Restauration**
- Accueil périscolaire (garderie) : matin, midi et soir**
- Accueil de Loisirs : A.C.M. (Mercredi + Vacances Scolaires)**

A rendre complet à partir du 01 Juin 2024

TOUS LES RENSEIGNEMENTS RESTERONT CONFIDENTIELS

Le dossier doit être retourné soit :

- . En main propre à la directrice de l'Accueil de Loisirs + Périscolaire
- . Par mail : centre.de.loisirs@vaux-atlantique.com
- . Dans la boîte aux lettres :

Pôle Enfance-Jeunesse
4 avenue Parc des Sports
17 640 VAUX-sur-MER

Groupe scolaire
30 Rue de la Clairière
17 640 VAUX-sur-MER

En cas de dossier incomplet, vous n'aurez pas accès au Portail Familles et ne pourrez donc pas effectuer les réservations (Restauration – Accueil Périscolaire – Accueil de Loisirs)

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

(Accueil Périscolaire / Pause méridienne - Restauration / Accueil de Loisirs)

Nom, prénom de l'enfant : Né(e) le :

École : _____ Classe : _____ Enseignant : _____

L'enfant sait-il nager : oui non Piscine autorisée : oui non

Régime alimentaire : oui non Préciser : _____

Traitement médical spécifique : oui non Préciser : _____

Autres (allergie, intolérance, porte des lunettes...) : _____

Situation familiale :

Parents : Marié(e)/pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire Autre à préciser : _____

Nom / Prénom des frères et sœurs : _____

Nom, prénom	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2	FAMILLE D'ACCUEIL
Adresse du domicile			
Adresse de facturation <small>(une seule coche)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone portable			
Email			
Employeur - Ville Téléphone			

Nom et coordonnées des personnes à contacter (autre que les parents) OBLIGATOIRE

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant <small>(Frère, oncle, voisin, ami...)</small>	📞 Téléphones	Autorisé à récupérer mon enfant	A prévenir en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Régime : CAF 17 MSA 17 Pêche maritime 17 Autres : préciser _____

Numéro allocataire CAF / MSA : _____

Médecin traitant : NOM : _____ Tél. : _____ Commune : _____

Compagnie d'assurance : _____ Tél. : _____ N° contrat : _____

Autorisations / Attestations :

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le Pôle Enfance-Jeunesse.
- J'autorise les responsables de la structure à donner à mon enfant, tous les soins nécessaires par son état en cas d'urgence.
- Autorise mon enfant (à partir du CE2) à quitter la structure avec son frère ou sa sœur (à partir du collègue) sous couvert d'une décharge parentale complétée et remise au préalable.
- J'approuve et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et de la mention RGPD (à consulter sur le site internet de la Mairie et/ou sur le Portail Familles)
- J'autorise le personnel à photographier et/ou filmer mon enfant pour la création de souvenirs (publication interne).
- J'autorise la collectivité à utiliser des photos de mon enfant dans le cadre de sa communication (presse, média...).

Toutes modifications en cours d'année au présent document doivent être signalées au Pôle Enfance-Jeunesse.

La commune n'est pas responsable des conséquences résultant d'informations erronées mentionnées sur cette fiche.

Conformément à la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant, ainsi que le droit d'opposition que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à SOLURIS délégué à la protection des données : 2, rue des Rochers 17100 SAINTES 05.46.92.39.05

Durée de conservation des données : elle ne pourra excéder une période de trois mois consécutifs au départ de l'enfant de la structure.

A titre d'information, des données anonymes seront traitées à des fins statistiques.

Vaux-sur-Mer, le _____ Signature des responsables légaux :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS UTILES POUR LE BON ACCUEIL DE VOTRE ENFANT AU SEIN DES STRUCTURES : Accueil Péri-scolaire – Restauration – Accueil de Loisirs

1 - ENFANT : NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

2 - **VACCINATIONS** : merci de nous transmettre la photocopie des vaccinations, si l'enfant a eu de nouvelles vaccinations depuis la dernière fois que vous les avez transmis au service.

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

Aucun médicament ne sera administré, excepté dans le cadre d'un PAI mis en place.

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 | MÉDICAMENTEUSES..... oui non
ALIMENTAIRES... oui non | AUTRES.....

UN « PAI » A-T-IL ÉTÉ MIS EN PLACE ? oui non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

4 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT UN SUIVI EN MAISON DÉPARTEMENTALE des PERSONNES HANDICAPÉES et l'ALLOCATION d'ÉDUCATION de l'ENFANT HANDICAPÉES

Votre enfant est-il reconnu par la **MDPH** ? oui non
Percevez-vous l'**AEEH** ? oui non

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

.....

.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

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

Je m'engage à avertir le Pôle Enfance-Jeunesse de tous changements intervenant en cours d'année.

Vaux-sur-Mer, le _____ Signature du responsable légal :

Liste des documents à transmettre

- **La fiche de renseignement complétée**
- **La fiche sanitaire complétée**
- **Copie de l'attestation du quotient familial (QF)**
 - ↳ disponible sur votre espace Caf ou MSA
- **Copie d'un justificatif de domicile**
 - ↳ taxe d'habitation de l'année fiscale en cours
ou facture du fournisseur d'énergie de moins de 3 mois
- **Attestation d'assurance**
 - ↳ périscolaire et extrascolaire
- **Copie du carnet de vaccination**
 - ↳ les 2 dernières pages du carnet de santé
- **L'autorisation de prélèvement complétée**
 - ↳ pour les familles qui le souhaitent
- **Tous documents utiles**
 - ↳ jugement de divorce (pour les gardes alternées)
 - ↳ autres....

Le Règlement Intérieur et la Tarification seront validés par
le Conseil Municipal du 28 Mai ou 25 Juin 2024



INFORMATION

Prélèvement automatique

Pôle Enfance-Jeunesse

Modalités du prélèvement :

- Le prélèvement automatique est effectué le **15 du mois suivant** (=15 M+1) pour les prestations de service pris le mois précédent.
- Le montant prélevé correspond aux prestations de services effectuées, selon les tarifs votés par le conseil municipal et consultables sur le site internet, affichés dans tous nos accueils.
- Le titulaire du compte bancaire est informé préalablement du montant et de la date du prélèvement en recevant une notification sous forme de facture.

Gestion des impayés :

- Si le prélèvement ne peut être effectué (insuffisance de fonds sur le compte bancaire, clôture de compte ...) la Direction Générale des Finances Publiques entamera les poursuites nécessaires concernant le règlement du montant rejeté.
Le rejet d'un prélèvement automatique induit obligatoirement l'arrêt du prélèvement et le titulaire du compte devra régler les factures à la réception de l'AVIS DES SOMMES A PAYER via la poste.

Le prélèvement repose sur un mandat, permanent et révocable

- Le parent autorise la commune de Vaux-sur-Mer Pôle Enfance-Jeunesse à émettre des avis de prélèvement payables sur son compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne par le « mandat de prélèvement SEPA » qu'il doit remplir et signer avec un Relevé d'Identité Bancaire joint.
- L'autorisation donnée est permanente en ce sens qu'elle ne fait mention d'aucune durée, mais elle demeure révocable, c'est-à-dire qu'à tout moment le parent peut retirer son autorisation. Il sera caduc lorsqu'aucune opération n'a été exécutée depuis 36 mois.

Renseignements complémentaires :

Tous renseignements utiles peuvent être apportés :

- En contactant la Directrice de nos accueils :
- Madame Laure EPINOUX
- Tél. portable : 06 63 35 99 98
- Courriel : centre.de.loisirs@vaux-atlantique.com



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la commune de Vaux-sur-Mer – Pôle Enfance - Jeunesse à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la commune de Vaux-sur-Mer – Pôle Enfance - Jeunesse.

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

FR 83 ZZZ 578091

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : Commune de Vaux-sur-Mer
Pôle Enfance - Jeunesse

Adresse : 1, Place Maurice Garnier

Code postal : 17640

Ville : VAUX-SUR-MER

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

I B A N

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

()

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à :

Le ___/___/___

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) (=Si vous payer la facture d'une autre personne que vous, indiquez le nom de cette personne) :

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 la commune de Vaux-sur-Mer – Pôle Enfance-Jeunesse. 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 la commune de Vaux-sur-Mer – Pôle Enfance - Jeunesse de Vaux-Sur-Mer.

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.