

Ne pas remplir cette zone - Cadre réservé à l'administration

Quotient familial septembre :

Quotient familial janvier :

ATL :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

1. Situation familiale

Nom de famille du ou des enfants :

Nombre d'enfants inscrits :

Nom de l'allocataire :

Numéro d'allocataire :

1.1. Responsables légaux de l'enfant / des enfants

• **Responsable 1 (débiteur)**

Mère

Père

Autre (préciser) :

Exerce l'autorité parentale

N'exerce pas l'autorité parentale

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone professionnel :

Mail :

Lieu de travail :

• **Responsable 2**

Mère

Père

Autre (préciser) :

Exerce l'autorité parentale

N'exerce pas l'autorité parentale

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone professionnel :

Mail :

Lieu de travail :

1.2. Autres contacts autorisés à récupérer l'enfant ou à contacter en cas d'urgence

• **Contact 1 :**

Autorisé à venir récupérer l'enfant

A contacter en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien de parenté :

• **Contact 2 :**

Autorisé à venir récupérer l'enfant

A contacter en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien de parenté :

• **Contact 3 :**

Autorisé à venir récupérer l'enfant

A contacter en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien de parenté :

• **Contact 4 :**

Autorisé à venir récupérer l'enfant

A contacter en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien de parenté :

1.3. Situation familiale

Pour les familles séparées : mise en place d'une garde alternée :

Oui

Non

▮ Si un parent est déchu de l'autorité parentale, merci de nous fournir le jugement du tribunal.

2. Paiement des prestations

Nom, prénom du représentant qui prendra en charge les paiements :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Si plusieurs payeurs, nous indiquer qui acquittera les factures ALSH ou cantine et la répartition :

Adhésion au prélèvement automatique :

Oui

Non

Si oui, merci de remplir le formulaire ci-dessous et joindre au dossier un RIB

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) MAIRIEDE CIBOURE-AFFAIRES SCOLAIRES-ACCUEILS DE LOISIRS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAIRIEDE CIBOURE-AFFAIRES SCOLAIRES-ACCUEILS DE LOISIRS.

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 10 ZZZ 570190**

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : MAIRIE DE CIBOURE – AFFAIRES SCOLAIRES- ACCUEIL DE LOISIRS

Adresse : Place Camille Jullian Code postal : 64500 Ville : CIBOURE Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Identification internationale (IBAN) :

Identification internationale de la banque (BIC) :

Type de paiement : paiement récurrent

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 :

Fait à :

le :

Signature du Responsable légal :

>> JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBANBIC) <<

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 CIBOURE-AFFAIRES-ACCUEILS DE LOISIRS. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution
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.

3. Portail familles

Adhésion au portail famille : Oui Non

La Ville a mis en place un **Portail Familles** à votre attention. Il s'agit d'un outil gratuit pour vous aider et simplifier les démarches administratives liées à votre enfant : réservation de la cantine, de l'accueil de loisirs, consultation de vos factures des plannings d'activité, des menus de la cantine, etc.

4. Pièces à joindre obligatoirement au dossier

- La fiche de renseignement de l'enfant, dupliquée et renseignée pour chacun des enfants à inscrire
- La fiche sanitaire de liaison, dupliquée et renseignée pour chacun des enfants à inscrire
- Une photo de chacun des enfants à inscrire (noter le nom + prénom de l'enfant dans le nom du fichier)
- Le numéro d'allocataire de la CAF et le justificatif de « l'Aide au Temps Libre » (si vous en êtes bénéficiaire, sans présentation de ce dernier document, les aides correspondantes ne seront pas appliquées.) / ou un avis d'imposition / non – imposition du foyer,
- En cas de séparation ou de divorce, copie du jugement
- Le règlement intérieur signé
- Un RIB (au format IBAN/BIC)

5. Gestion de vos données personnelles

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique permettant au Pôle Enfance, Jeunesse et Sport l'instruction des déclarations. Elles sont uniquement destinées aux personnels du Pôle et ne sont pas transmises à des tiers. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant au guichet unique : 7 place Camille Jullian, 64500 Ciboure.

6. Attestations parentales

Je soussigné (nom, prénom du responsable légal) :

Responsable légal de l'enfant ou des enfants (nom, du ou des enfants) :

Déclare inscrire mon (mes) enfant(s) cité(s) précédemment :

à la restauration scolaire, (repas du midi dans les écoles publiques)

aux accueils périscolaires (matin avant la classe et/ou le soir après la classe)

à l'accueil de loisirs (ALSH)

à l'espace jeune

J'accepte le règlement intérieur.

Je m'engage à prévenir le Pôle Enfance, Jeunesse et Sports de tout changement de situation ou de coordonnées.

Je déclare exacts les renseignements donnés sur ce document.

J'autorise les responsables du Service Enfance Jeunesse et Sports :

À utiliser mon numéro d'allocataire CAF pour mettre à jour mon quotient familial,

À prendre toutes les dispositions nécessaires pour la santé ou la sécurité de mon enfant,

À faire transporter mon enfant, en cas d'urgence, vers le centre de soins défini par l'équipe de secours,

À faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions médicales,

À filmer ou à photographier, publier, diffuser librement les images ainsi réalisées à l'ALSH, à l'école ou à l'espace jeunes, dans le cadre des activités habituelles de diffusion audiovisuelles ou éditoriales de la structure ou de la commune (site internet de la ville de Ciboure, magazine municipal de de Ciboure).

Fait à :

le :

Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

1. Renseignements sur l'enfant

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Genre : Fille Garçon

Date de naissance :

2. Inscription à l'école

Etablissement scolaire :

Classe pour la rentrée de septembre 2020 :

Bilingue

Unilingue

3. Inscription à la restauration scolaire

Pour la période du _____ au _____ : *cocher parmi les choix proposés :*

Pas d'inscription au restaurant scolaire

Inscription occasionnelle

Inscription régulière : *cocher les jours de présence au restaurant scolaire :*

Lundi midi

Mardi midi

Jeudi midi

Vendredi midi

4. Inscription à l'accueil périscolaire

Pour la période du _____ au _____ : *cocher parmi les choix proposés :*

Pas d'inscription à l'accueil périscolaire

Inscription occasionnelle

Inscription régulière : *cocher les moments de présence à l'accueil périscolaire :*

Lundi matin

Mardi matin

Jeudi matin

Vendredi matin

Lundi soir

Mardi soir

Jeudi soir

Vendredi soir

5. Inscription à l'accueil de loisirs sans hébergement (ALSH) : les mercredis et / ou pendant les vacances scolaires

Pour la période du _____ au _____ : *cocher parmi les choix proposés :*

Pas d'inscription à l'ALSH

Inscription occasionnelle et inscription pour les vacances scolaires :

Utiliser le Portail famille ou contacter : centredeloisirs@mairiedeciboure.com.

Inscription les mercredis hors période de vacances scolaires : *cocher les moments de présence à l'ALSH :*

Journée complète

Matinée sans repas

Après-midi sans repas

Matinée avec repas

Après-midi avec repas

6. Inscription à l'espace jeunes

Cocher si vous êtes d'accord :

J'autorise mon jeune à participer aux activités et sorties organisées par l'espace jeunes, (activités sportives et physiques ou baignades surveillées.)

J'autorise les organisateurs à transporter mon jeune lors des activités programmées à l'extérieur.

J'autorise mon jeune à arriver et à quitter seul l'espace jeune

J'autorise mon jeune à venir et repartir librement lors des temps d'accueil sur les horaires d'ouverture

ATTENTION ! La remise de ce dossier ne dispense pas les familles de remplir la fiche de réservation à chaque période de vacances. Les responsables des accueils périscolaires détenteurs de la liste des enfants inscrits sont habilités à refuser l'accès aux enfants dont les familles n'auraient pas préalablement effectué cette inscription.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :	PRENOM :	FILLE	GARÇON
DATE DE NAISSANCE :	ADRESSE :		
NOM / PRENOM RESPONSABLE 1 :	TELEPHONE :		
NOM / PRENOM RESPONSABLE 2 :	TELEPHONE :		
MEDECIN TRAITANT :	TELEPHONE :		

1. Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Infections à Papillomavirus	
		Autres (à préciser)	

Si l'enfant n'est pas à jour des vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2. Renseignements médicaux concernant l'enfant

Si l'enfant suit un traitement médical pendant sa présence aux accueils de loisirs : remettre à la direction une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant/ du jeune avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (à titre indicatif)

	Coqueluche	Oreillons	Otite	Rhumatisme articulaire aigu	Rougeole	Rubéole	Scarlatine	Varicelle
OUI								
NON								

Asthme : Oui Non

Allergies : Sans allergie connue

Aliments : précisez :

Médicaments : précisez :

Autres : précisez :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : Si PAI (projet d'accueil individualisé) en cours, joindre le protocole et toutes informations utiles :

L'enfant connaît-t-il des difficultés particulières de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) ? (joindre une ordonnance du médecin).

3. Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement)

L'enfant porte-t-il ?	Des lentilles	Des lunettes	Des prothèses auditives	Un appareil dentaire
OUI				
NON				

>> au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations : précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

4. Régime alimentaire

Repas	Repas sans porc	Repas sans viande	Projet d'accueil individualisé (Fournir la copie du PAI)

Je soussigné(e), (indiquer les nom et prénom du responsable légal),

responsable légal de l'enfant (indiquer les nom et prénom 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 d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :