

Les informations recueillies sur ce formulaire 'Fiche de renseignements' sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Vairé.

Elles sont conservées pendant une durée de 18 mois et sont destinées à un usage interne aux agents habilités du secrétariat de mairie, du restaurant scolaire, du périscolaire et du centre de loisirs.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de portabilité aux données vous concernant, les faire rectifier, les faire supprimer en contactant de préférence par voie électronique ou par voie postale en écrivant à la mairie de Vairé - rue Georges Clemenceau - 85150 VAIRE ou bien mairie-de-de-vaire@orange.fr

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées, traitées pour l'inscription de mon/mes enfants aux services enfance de Vairé : garderie, restaurant scolaire, centre de loisirs, sections jeunes, activités multi-sports.

J'accepte que les données saisies soient enregistrées :

Un balcon sur la mer

VAIRÉ

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 2019/2020

Restaurant scolaire - garderie - centre de loisirs -
section jeunes - activités multisports



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : garçon

fille

Nom de l'école :

Niveau de classe :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale : entourez la réponse

Mariés / Vie maritale / Pacsés / Célibataire / Divorcés* / Séparés* / Veuf(ve)

* Merci de fournir un dossier pour chaque parent

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Adresse mél :	Adresse mél :
Tél Domicile :	Tél Domicile :
Tél Portable :	Tél Portable :
Tél Employeur :	Tél Employeur :

CAF : N°

Quotient Familial au 1^{er} janvier : (ou revenus)

MSA : N°

Quotient Familial au 1^{er} janvier : (ou revenus)

Autres régimes.....

Si changement, merci de prévenir le plus rapidement possible le secrétariat.

Médecin de famille (Nom -tél) :

Allergie alimentaire connue ou régime alimentaire:

FREQUENTATION ET MODE DE REGLEMENT

<input type="checkbox"/> Restaurant scolaire	<input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque Paiement caution de 49,50€ <input type="checkbox"/> Prélèvement	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
<input type="checkbox"/> Garderie	<input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Prélèvement	
<input type="checkbox"/> Centre de loisirs <input type="checkbox"/> Section jeunes	<input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Tickets Cesu <input type="checkbox"/> Chèques Vacances	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT ET A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM :	Prénom :
Commune de résidence :	
Tél, domicile :	Tél. portable
Qualité :	
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Nourrice <input type="checkbox"/> Autre :	

NOM :	Prénom :
Commune de résidence	
Tél, domicile :	Tél. portable
Qualité :	
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Nourrice <input type="checkbox"/> Autre :	

NOM :	Prénom :
Commune de	
Tél, domicile :	Tél. portable
Qualité :	
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Nourrice <input type="checkbox"/> Autre :	

NOM :	Prénom :
Commune de	
Tél, domicile :	Tél. portable
Qualité :	
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Nourrice <input type="checkbox"/> Autre :	

AUTORISATION DE RENTRER SEUL A L'ANNEE

Nous soussignés, Mme et M.

- AUTORISENT notre enfant à partir seul
 N' AUTORISENT PAS notre enfant à partir seul

Il est précisé que l'enfant n'est sous la responsabilité des encadrants que pendant sa participation effective aux activités.

Mention 'Lu et approuvé'

Signature des responsables

AUTORISATION D'ETRE FILME / PHOTOGRAPHIE

Nous soussignés, Mme et M.

AUTORISENT que notre enfant soit filmé et ou photographié aux fins d'utilisation par :

- * la structure elle-même (diapo photo, panneaux photos...)
- * le service communication de la ville ou de la communauté de communes.
- * la presse
- * les stagiaires (rapports de stage)

et CERTIFIENT que si nous recevons les photos ou film, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

N' AUTORISENT PAS que notre enfant soit filmé et ou photographié

et CERTIFIENT que si nous recevons les photos ou les films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

Mention 'Lu et approuvé'

Signature des responsables

AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE MON COMPTE PARTENAIRE

Nous soussignés, Mme et M.

AUTORISENT les services administratifs de la mairie à consulter notre dossier allocation afin d'accéder directement au quotient familial à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

Mention 'Lu et approuvé'

Signature des responsables

AUTORISATION DE TRANSPORT

Nous soussignés, Mme et M.

AUTORISENT

notre enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques (car, minibus de la Commune, voiture des animateurs et/ou des parents).

et

en cas de problème à être transporté aux urgences/hôpital. (pompiers, Samu, Ambulances...)

Mention 'Lu et approuvé'

Signature des responsables

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Nous soussignés, Mme et M.

déclarons avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement et nous engageons à en respecter les termes.

Mention 'Lu et approuvé'

Signature des responsables

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

.....
.....
.....
.....
.....

**DEMANDE D'ADHESION
AU PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
2019/2020**

NOM et Prénom du demandeur :

NOM et Prénoms des enfants :

-
-
-
-

Je souhaite adhérer au prélèvement automatique pour :

- le restaurant scolaire
- la garderie périscolaire

Fait à Vairé, le

Signature

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de Vairé. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec la Mairie de Vairé.

Désignation du Compte à débiter			
Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB

Désignation du créancier
MAIRIE DE VAIRE Rue Georges Clemenceau 85150 VAIRE

Désignation du Titulaire du Compte à débiter

N° National d'Emetteur

N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire, postale ou de Caisse d'Epargne (RIB, RIP ou RICE).

Signature

