



INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES DE VIVY

2022 - 2023

IMPORTANT

Dossier dûment complété, avec les pièces justificatives demandées, à déposer au plus tard le 9 juin 2022, à l'accueil de la mairie ou dans la boîte aux lettres.



Mairie de Vivy
m.dorange@vivy.fr - 02.41.52.50.17



Fiche d'inscription unique – Vivy 2022-2023
Fiche à retourner complétée au plus tard le 06 juin 2022

Les représentants légaux

Représentant légal n°1	Représentant légal n°2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....	
Email :	Email :
Tél fixe :	Tél fixe :
Tél portable :	Tél portable :

Le / les enfants

Enfant n°1	Enfant n°2	Enfant n°3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Sexe : ☐ M ☐ F	Sexe : ☐ M ☐ F	Sexe : ☐ M ☐ F
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Classe :	Classe :	Classe :

Personnes à prévenir en cas d'absence des représentants légaux

Personne n°1	Personne n°2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....	
Fixe :	Fixe :
Portable :	Portable :

Informations OBLIGATOIRES à communiquer pour la facturation - Prestations familiales

OBLIGATOIRE :

Vous êtes allocataire :

CAF ☐

MSA ☐

✓ **Numéro d'allocataire :**

✓ **Quotient familial :**

Fournir obligatoirement la dernière attestation de paiement CAF ou MSA en vigueur à la date de la rentrée scolaire.

En cas de non communication du quotient familial et de son attestation, la facturation sera faite au plus fort tarif. Si une régularisation est nécessaire, elle ne sera pas rétroactive, elle ne sera faite qu'à réception de l'attestation.

Choix de la facturation

Nous vous encourageons à passer au prélèvement automatique, merci de remplir l'annexe n°1 et/ou n°2. Si vous l'avez déjà fait en 2021-2022, cette démarche n'est pas nécessaire.

Pièces à joindre à la fiche d'inscription complétée :

- Attestation CAF / MSA
- Fiche sanitaire complétée (ANNEXE n°3)
- Certificat médical en cas de contre-indication à la pratique sportive.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant.....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Certifie avoir une assurance responsabilité civile extrascolaire couvrant mon enfant
- Je m'engage à respecter et à faire respecter à mon / mes enfant(s) le règlement des activités périscolaires et extrascolaire auxquelles il (ils) est(sont) inscrit(s).

Fait le, à

Signature du responsable légal:

Inscription aux activités			
Mon enfant utilisera :	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
• Accueil périscolaire matin et/ou soir	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
• Restauration scolaire	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Autorisations			
J'autorise mon enfant à être pris en charge par un encadrant à la fin du temps scolaire	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
J'autorise mon enfant à être maquillé	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
J'autorise mon enfant à être pris en photo et/ou vidéo par les encadrants			
- pour utilisation dans les médias	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
- pour usage interne	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
J'autorise mon enfant à effectuer des déplacements extérieurs dans le cadre des activités	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures médicales nécessaires pour la santé de mon enfant	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Mon enfant effectuera les trajets de l'école au domicile	☐ Seul ☐ Accompagné de :	☐ Seul ☐ Accompagné de :	☐ Seul ☐ Accompagné de :

Accueil périscolaire (matin et/ou soir)			
	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<u>Cochez les cases de votre choix et rayez les jours non fréquentés</u>	☐ inscription régulière ☐ inscription occasionnelle	☐ inscription régulière ☐ inscription occasionnelle	☐ inscription régulière ☐ inscription occasionnelle
	☐ Matin : Lundi / mardi / jeudi / vendredi ☐ Soir : Lundi / mardi / jeudi / vendredi	☐ Matin : Lundi / mardi / jeudi / vendredi ☐ Soir : Lundi / mardi / jeudi / vendredi	☐ Matin : Lundi / mardi / jeudi / vendredi ☐ Soir : Lundi / mardi / jeudi / vendredi
	Facturation : ☐ Chez le père ☐ Chez la mère	Facturation : ☐ Chez le père ☐ Chez la mère	Facturation : ☐ Chez le père ☐ Chez la mère

Restauration scolaire			
	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<u>Cochez les cases de votre choix et rayez les jours non fréquentés</u>	☐ Oui : Lundi / mardi / jeudi / vendredi	☐ Oui : Lundi / mardi / jeudi / vendredi	☐ Oui : Lundi / mardi / jeudi / vendredi
	☐ Non	☐ Non	☐ Non
	Facturation : ☐ Chez le père ☐ Chez la mère	Facturation : ☐ Chez le père ☐ Chez la mère	Facturation : ☐ Chez le père ☐ Chez la mère

Pour les inscriptions occasionnelles, se renseigner auprès de la mairie : m.dorange@vivvy.fr ou 02.41.52.50.17



Emploi du temps de l'école primaire

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil périscolaire de 7h30 à 8h30	Accueil périscolaire de 7h30 à 8h30	Accueil périscolaire de 7h30 à 8h30	Accueil périscolaire de 7h30 à 8h30
Classe de 8h30 à 12h00	Classe de 8h30 à 12h00	Classe de 8h30 à 12h00	Classe de 8h30 à 12h00
Restauration scolaire de 12h00 à 14h00	Restauration scolaire de 12h00 à 14h00	Restauration scolaire de 12h00 à 14h00	Restauration scolaire de 12h00 à 14h00
Classe de 14h00 à 16h30	Classe de 14h00 à 16h30	Classe de 14h00 à 16h30	Classe de 14h00 à 16h30
Accueil périscolaire de 16h30 à 18h30	Accueil périscolaire de 16h30 à 18h30	Accueil périscolaire de 16h30 à 18h30	Accueil périscolaire de 16h30 à 18h30

Tarifications

	quotient familial inférieur ou égal à 600€	quotient familial de 601€ à 900 €	quotient familial supérieur ou égal à 901 €
Accueil périscolaire (Forfaitaire)	1,50 € le matin 1,70 € le soir	1,60 € le matin 1,80 € le soir	1,70 € le matin 1,90 € le soir
Restauration scolaire	3,75 €	3,80 €	3,85 €

ANNEXE N°1

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : FR96APS562240

Type de contrat : ACCUEIL PERISCOLAIRE

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la COMMUNE DE VIVY (49680) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la COMMUNE DE VIVY (49680).

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.

FR96APS562240

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : COMMUNE DE VIVY

Adresse : 45 RUE NATIONALE

Code postal : 49680

Ville : VIVY

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/répétitif **Y**

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

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 :

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 VIVY (49680). 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 VIVY (49680).

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.

ANNEXE N°2

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : FR96CAN562240

Type de contrat : RESTAURATION SCOLAIRE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la COMMUNE DE VIVY (49680) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la COMMUNE DE VIVY (49680).

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

FR96CAN562240

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom : COMMUNE DE VIVY
Adresse :	Adresse : 45 RUE NATIONALE
Code postal :	Code postal : 49680
Ville :	Ville : VIVY
Pays :	Pays : FRANCE

[illegible]

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

--

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 :

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 VIVY (49680). 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 VIVY (49680).

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.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

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 loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :