



Tél : 02 41 52 50 17

Mail : m.dorange@vivvy.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE INDIVIDUEL 2023-2024

Le dossier dûment complété, avec les pièces justificatives demandées, est à déposer au plus tard le 6 juin 2023 à l'accueil ou dans la boîte aux lettres de la mairie.

VOTRE ENFANT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Classe rentrée 2023 :
Droit à l'image : ☐ oui ☐ non

LES RESPONSABLES LEGAUX

LES RESPONSABLES LEGAUX	
Responsable légal n°1	Responsable légal n°2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Mail :	Mail :

PERSONNES À CONTACTER ET AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE DES RESPONSABLES LÉGAUX	
Personne n°1 Nom : Prénom : Tel :	Personne n°2 Nom : Prénom : Tel :
Personne n°3 Nom : Prénom : Tel :	Personne n°4 Nom : Prénom : Tel :

PIECES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT
- Attestation CAF ou MSA uniquement si quotient familial inférieur à 901 * - Les annexes 1 et 2 : les deux mandats de prélèvement SEPA dûment complétés et accompagnés chacun d'un RIB (uniquement en cas de changement de situation bancaire). - Annexe 3 : la fiche sanitaire de liaison dûment complétée - Photocopie du carnet de vaccination

*** : En l'absence de l'attestation CAF ou MSA, la facturation sera faite au plus fort tarif.**

En cas de régularisation, celle-ci ne sera pas rétroactive, elle sera prise en compte à réception de l'attestation.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

ANNEXE 1

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : FR96APS562240

Type de contrat : ACCUEIL PERISCOLAIRE

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

FR96APS562240

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 pourraient 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 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

[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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Pollomyélite				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.

ANNEXE 3

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 :