

**GARDERIE PERISCOLAIRE / CENTRE DE LOISIRS  
RESTAURANT SCOLAIRE**

SIVOM CHAINTRE / VINZELLES / VARENNES LES MACON

**Renseignements concernant l'enfant :**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Née le :        /        /

Adresse : ..... VILLE : .....

CP : ..... Adresse Mail : .....@.....

**Représentant légal 1 :**

Nom et prénom : ..... Tel fixe :    /    /    /    /  
Tel portable :    /    /    /    /

**Représentant légal 2 :**

Nom et prénom : ..... Tel fixe :    /    /    /    /  
Tel portable :    /    /    /    /

**Départ de l'enfant :**

Monieur et Madame : ..... autorisent A prévenir en cas d'urgence  
↓

Mr ou Mm : ..... Tél :    /    /    /    /   

Mr ou Mm : ..... Tél :    /    /    /    /   

Mr ou Mm : ..... Tél :    /    /    /    /   

Mr ou Mm : ..... Tél :    /    /    /    /   

Mr ou Mm : ..... Tél :    /    /    /    /   

Mr ou Mm : ..... Tél :    /    /    /    /   

A récupérer leur enfant à la sortie de la garderie ou du centre de loisirs.

**CAF : seulement pour le centre de loisirs**

Organisme : ..... N°allocataire : .....

**Assurances :**

Fournir une attestation d'assurance responsabilité civile :  
Fournir une attestation d'assurance scolaire et extrascolaire :

**Santé :**

Médecin traitant : ..... Tel :    /    /    /

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI :     oui     non (joindre une copie)

Vaccinations : joindre une copie des vaccinations

Autorisation de donner des soins ou d'hospitaliser :

Monsieur et Madame : ..... autorisent les membres de l'équipe d'animation à faire en cas d'urgence les soins nécessaires à leur enfant ou à le transporter au centre hospitalier de Mâcon.

**Repas :**

Renseignements particuliers (allergie / allergie alimentaire) : .....

Régime alimentaire sans porc/sans viande :   

**Autorisations :**

Madame et Monsieur : .....

déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des différents services.

autorise leur enfant à être pris en photo lors des activités organisées pendant le centre de loisirs, la garderie ou les temps de repas.

autorise leur enfant à prendre le bus lors des activités organisées pendant le centre de loisirs

La famille informera le SIVOM de toutes modifications au plus vite.

Date		
Signatures		





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Orillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétacoq					
BCC					

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

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE,	VARICÈLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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	ORBILONS	
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  MÉDICAMENTS oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

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

INDIQUEZ CLAIRS :  
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉDUCTION) 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 (ACQUAINT) : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e)....., 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

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



# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

**Type de contrat** : Restaurant scolaire / Garderie / ALSH Chaintré-Vinzelles-Varennés lès Macon

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SIVOM de Chaintré Vinzelles Varennés à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SIVOM de Chaintré Vinzelles Varennés).

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

**FR7ZZZ681206**

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom : SIVOM CHAINTRE-VINZELLES-VARENNES
Adresse : 5 rue de la Cense
Code postal : 71680
Ville : VINZELLES
Pays : FRANCE

## DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

**Type de paiement** :  Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

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 le SIVOM de Chaintré, Vinzelles Varennés. 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 le SIVOM de Chaintré Vinzelles Varennés).

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.