

GARDERIE PERISCOLAIRE / CENTRE DE LOISIRS

SIVOM CHAINTRE / VINZELLES / VARENNES LES MACON

Renseignements concernant l'enfant :

Nom de l'enfant : Prénom :
Née le : / /
Adresse :
CP : VILLE :
Adresse Mail : @

Les parents :

Mère :

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

Père :

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

Départ de l'enfant :

Monsieur 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 : / / ☐

A récupérer leur enfant après l'activité ou à la garderie périscolaire.

☐ Autorise mon enfant à partir seul après les temps d'activités périscolaires (seulement pour les enfants de + de 6 ans)

CAF : seulement pour le centre de loisirs

Fournir une attestation de quotient familial :

Organisme : N°allocataire :

Assurances :

Fournir une attestation d'assurance responsabilité civile :

Organisme : N°de contrat :

Fournir une attestation d'assurance scolaire et extrascolaire :

Organisme : N°de contrat :

Santé :

Médecin traitant : Tel : / /

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

Vaccinations : Joindre une copie des vaccinations

Renseignements particuliers (allergie / traitement / régime alimentaire) :

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 et autorise l'assistant sanitaire à donner le traitement médical à leur enfant sur présentation de l'ordonnance du médecin.

Autorisations :

Madame et Monsieur : autorisent leur enfant à

☐ prendre le bus dans le cadre de déplacements organisés par le SIVOM

☐ être pris en photo lors des activités organisées pendant le centre de loisirs, la garderie ou les temps périscolaires

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

Date	
Signatures	



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 1000102

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ FILLE ☐

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Orillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 (boîtes 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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	OREILLONS	
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 ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

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

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
exactes 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

S.I.V.O.M. DE CHAINTRE-VINZELLES-VARENNES-LES-MACON

5 rue de la Cense – 71680 VINZELLES
Tél. : 03.85.35.63.11 / Port : 06.18.43.63.44
Mail : sivom-chaintre-vinzelles-varenn@wanadoo.fr

FICHE MÉDICALE

Nom, prénom de l'élève : _____

Date de naissance : _____

Adresse principale : _____

Personnes à prévenir en cas de nécessité si les parents ne sont pas joignables :

Nom, prénom : _____ téléphone : _____

Nom, prénom : _____ téléphone : _____

Médecin traitant : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

Vaccinations : photocopie du carnet de vaccinations (pour les nouveaux dossiers et les enfants ayant eu un vaccin dans l'année scolaire)

Votre enfant a-t-il présenté récemment un (des) épisode(s) de ... ?

O asthme O eczéma O urticaire O épilepsie O saignement de nez O incontinence nocturne

O problèmes de sommeil

Autre : _____

Votre enfant souffre-t-il de ... ?

O diabète O hémophilie O épilepsie O troubles cardiaques O vertiges O mal des transports

Votre enfant est-il allergique à des médicaments ? oui – non (précisez)

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? oui – non (précisez)

Votre enfant a-t-il un traitement à prendre quotidiennement ? oui – non (précisez)

Avez- vous une remarque à faire sur son état de santé ou autre ?

Précautions particulières à prendre en cas d'accident : oui – non (précisez)

Je soussigné (e), _____, père, mère, tuteur de l'enfant nommé ci-dessus, autorise, en cas d'accident, de prendre toutes les mesures que le médecin requis jugera nécessaires (les agents de services tenteront toujours de joindre les personnes responsables de l'enfant).

Date :

Signature du responsable légal

Ce document est à retourner au SIVOM par mail ou sous enveloppe fermée

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SIVOM de Chaintré Vinzelles Varennnes 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 Varennnes).

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

FR72ZZZ681206

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : SIVOM CHAINTRE-VINZELLES-VARENNES

Adresse : Mairie de Chaintré

Code postal : 71570

Ville : CHAINTRE

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 Varennnes. 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 Varennnes).

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.