SIVOS Vallon-sur-Gée Maigné

Dossier d'inscription

Nom et Prénom de l'élève : .....

École : ..... **Classe :** .....

Sexe : ☐ *Féminin* ☐ *Masculin* *Date de naissance :* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Lieu de naissance : .....

1 . PARENT OU TUTEUR

Nom et Prénom : M. / Mme.....

Adresse : .....

Code postal : |___|___|___|___|___| Ville : .....

Téléphone portable : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Téléphone fixe : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Profession : ..... Téléphone pro. : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adresse mail : ..... @ .....

N° allocataire CAF : .....

2 . PARENT OU TUTEUR

Nom et Prénom : M. / Mme.....

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ _ Ville : .....

Téléphone portable : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Téléphone fixe : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Profession : ..... Téléphone pro. : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adresse mail : ..... @ .....

N° allocataire CAF : .....

☐ L'enfant réside principalement à l'adresse du Parent ou Tuteur 1.

☐ L'enfant réside principalement à l'adresse du Parent ou Tuteur 2.

☐ L'enfant est en garde alternée.

FRATERIE

Lien de parenté *Frère / Demi-frère Soeur / Demie-soeur*	**Nom et Prénom**	**Classe**

ASSURANCE

En inscrivant votre enfant aux services périscolaires, vous vous engagez à avoir souscrit un contrat d'assurance pour les activités EXTRASCOLAIRES.

Nom de la compagnie d'assurance : .....

N° de contrat d'assurance pour les activités périscolaires : .....

INFORMATIONS MÉDICALES

N° de sécurité social :	_____
Médecin traitant :	_____
N° de téléphone du Médecin traitant :	|__|__||__|__||__|__||__|__||__|__|
AUTORISATION D'OPÉRER :	Indiquer OUI ou NON : .....
AUTORISATION D'ANESTHÉSIER :	Indiquer OUI ou NON : .....
Noms des ALLERGIES :	PAI est-il mis en place? : OUI ou NON _____
Noms des MÉDICAMENTS INTERDITS :	PAI est-il mis en place? : OUI ou NON _____

AUTORISATIONS DE SORTIES

Répondre par OUI ou NON :

Autorisation de partir seul à la descente du CAR : .....

Si votre réponse est NON, vous devez obligatoirement remplir ce dossier d'inscription pour que votre enfant puisse aller à la garderie en cas de retard ou d'absence d'une personne autorisée.

Autorisation de partir seul de la GARDERIE : .....

PERSONNES A CONTACTER

(si les parents ou tuteurs ne sont pas joignables)

Nom et Prénom	**Lien avec l'enfant** (oncle, nourisse, ami d'un parent, frère,...)	**N° de téléhpone**

PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE L'ENFANT

Nom et Prénom	**Lien avec l'enfant** (oncle, nourisse, ami d'un parent, frère,...)	**N° de téléhpone**

Je soussigné(e) sur l'honneur , ..., parent(s) ou tuteur(s) de l'enfant, ... ,
souhaite inscrire notre enfant aux services périscolaires,certifie l'exactitude des renseignements indiqués, et s'engage à informer le secrétariat du SIVOS de tous changements et modifications a apporter au dossier.

Signature Parent ou Tuteur 1 **Signature** du Parent ou Tuteur 2

FEUILLE A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

Vérifier qu'il y est bien 3 fois votre Signature

NOM et PRÉNOM DE L'ÉLÈVE :

.....

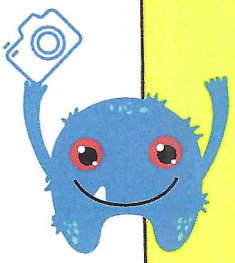
En apposant votre signature vous acceptez toutes les conditions de ce règlement intérieur.

Date : ..... / ..... / .....

Signature(s) obligatoire(s) d'un ou des représentants légaux : ***Signature de l'élève :***

Prises et publications d'images

Photos et vidéos de votre enfant : Votre enfant pourra être pris en photo ou en vidéo dans le cadre des différentes activités scolaires ou périscolaires proposées par les écoles et le SIVOS.



AUTORISATION PARENTALE D'UTILISATION DE L'IMAGE D'UN ENFANT MINEUR

Je soussigné(e).....

Déclare sur l'honneur (rayer la mention inutile)

- Avoir plein exercice de l'autorité parentale
- Exercer la tutelle
- Être investi du droit de garde

Sur le mineur (Nom, prénom) : ..... Date de naissance:..... / ..... / .....

Demeurant : .....

.....

Autorise le SIVOS Vallon-sur-Gée / Maigné, à utiliser les images réalisées par des agents, professeurs ou élus du SIVOS, représentant mon enfant et ses réalisations.

La présente autorisation comprend la reproduction, la publication et la diffusion des images sous leur forme initiale ou après adaptation pour des raisons techniques, par tout procédé.

Sur les supports suivants : - Site internet du SIVOS VALLON-SUR-GÉE / MAIGNÉ
- Plaquette d'accueil pour les nouvelles familles
- Page Facebook

Pour le monde entier et pour la durée prévue par la législation. La présente autorisation est consentie à titre gratuit.

Date : ..... / ..... / ..... **Signature(s) obligatoire(s) :**

Inscriptions

UTILISATION DU SERVICE GARDERIE :

- Utiliserez-vous très occasionnellement la garderie **(si au moins 1 fois par semaine, répondre ci-dessous)** : ☐ OUI
  - Environ combien de séances par semaine = ...
  - Utiliserez-vous au moins 2 fois par semaine, la garderie après 18h00 : ☐ OUI ☐ NON

INSCRIPTION CANTINE :

COCHER LES JOURS DE PRÉSENCE A LA CANTINE
FRÉQUENCE ANNUELLE

LUNDIS	MARDIS	JEUDIS	VENDREDIS

INSCRIPTION AU TRANSPORT SCOLAIRE :

Démarche réalisée par la famille auprès d'Aléop.

Mon enfant sera inscrit au transport scolaire : ☐ OUI ☐ NON

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Numéro allocataire CAF : .....

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel pour les activités PÉRISCOLAIRES.

Nom et Prénom du souscripteur : ..... Nom de la compagnie : .....

Numéro du contrat d'assurance : .....

Fait à : ..... Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Signature(s) obligatoire(s) :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
Référence unique de mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIVOS DE VALLON SUR GEE - MAIGNE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et CCM LOUE votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIVOS DE VALLON SUR GEE - MAIGNE. 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

FR 27 ZZZ 562221

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	**Nom :SIVOS DE VALLON SUR GEE - MAIGNE**
Adresse :	**Adresse :Mairie**
	6 Avenue du Général de Gaulle
Code postal :	**Code postal :72540**
Ville :	**Ville :VALLON SUR GEE**
Pays :	**Pays :**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

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

Type de paiement :	Paiement récurrent/répétitif	X
	Paiement ponctuel	

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 RELEVE D'IDENTITE 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 SIVOS DE VALLON SUR GEE - MAIGNE. 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 SIVOS DE VALLON SUR GEE – MAIGNE.

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.