

SIVOS
EVRY-GISY LES NOBLES
2 RUE SAINTE MARIE
89140 GISY LES NOBLES

**DOSSIER D'INSCRIPTION
CANTINE ET GARDERIE
Rentrée 2024/2025**

INSCRIPTION

GARDERIE

CANTINE

Fiche de renseignements

Classe en 2023/2024 :

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Fille Garçon Date et lieu de naissance :

RESPONSABLE 1

Père Mère Autre (précisez) :

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe et portable:

Email :

N° allocataire CAF ou MSA :

Informations professionnelles

Employeur et lieu de travail :

Profession :

Téléphone professionnel :

RESPONSABLE 2

Père Mère Autre (précisez) :

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe et portable:

Email :

N° allocataire CAF ou MSA :

Informations professionnelles

Employeur et lieu de travail :

Profession :

Téléphone professionnel :

SITUATION FAMILIALE

Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Vie maritale Célibataire

➔ Si séparation des parents nous fournir copie du jugement du tribunal concernant les dispositions relatives à la garde de l'enfant, ou accord amiable écrit, signé des deux parents, quand le jugement n'a pas encore été prononcé.

PAIEMENT

Le paiement sera effectué par chèque par prélèvement au 15 du mois (pour les familles non adhérentes au prélèvement, le formulaire est disponible sur le site internet <http://www.gisylesnobles.fr>)

EN CAS D'URGENCE

CONTACT 1

NOM Prénom.....

Téléphone

Lien avec l'enfant.....

CONTACT 2

NOM Prénom.....

Téléphone

Lien avec l'enfant.....

J'autorise la prise de vue et la diffusion de l'image de mon enfant. OUI NON

Atteste avoir pris connaissance du règlement de la cantine sur le site <http://www.gisylesnobles.fr> et l'accepte.
Je soussigné..... responsable légal de l'enfant déclare
exacts les renseignements portés sur ces fiches et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature obligatoire du représentant légal :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : REGIE DE RECETTES CANTINE – GARDERIE GISY LES NOBLES

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SIVOS Evry Gisy Les Nobles à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SIVOS Evry Gisy Les Nobles.

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

N° ICS

FR 65 ZZZ 856126

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **SIVOS EVRY GISY LES NOBLES**

Adresse : **2 RUE SAINTE MARIE**

Code postal : **89140**

Ville : **GISY LES NOBLES**

Pays : **FRANCE**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

F R 7 6

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

()

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif
Paiement ponctuel

Signé à :

Le

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 le SIVOS Evry Gisy Les Nobles. 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 Evry Gisy Les Nobles.

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	
Polioomyélite				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
 MEDICAMENTEUSES 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 :