

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS GENERAUX 2019/2020**

	PERE	MERE
NOM ET PRENOM		
TEL FIXE		
TEL PORTABLE		
ADRESSE POSTALE		
E-MAIL		
PROFESSION ET EMPLOYEUR		
TEL PROFESSIONNEL		
REGIME ALLOCATAIRE		

Situation familiale :  Mariés  Pacsés  En concubinage  Séparés  Divorcés

Autre : .....

ENFANTS				
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	NOM ET N° ASSURANCE	QUOTIENT FAMILIAL



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS GENERAUX 2019/2020**

Coordonnées du médecin traitant :

J'autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant et/ou à être joint si besoin :

Nom-prénom	Lien de parenté	téléphone

Facturation :

Choix du règlement :

- Prélèvement automatique (joindre un RIB +autorisation de prélèvement)
- Numéraire
- Chèque
- Paiement en ligne

Date et signature :

Commune de Fillière

300, rue des Fleuries • Thorens-Glières • 74570 Fillière

Tél. 04 50 22 82 32 • Mail : [accueil.thorens-glieres@commune-filliere.fr](mailto:accueil.thorens-glieres@commune-filliere.fr)

[www.commune-filliere.fr](http://www.commune-filliere.fr)



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**1 - ENFANT**  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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 RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	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"/>
COQUELUCHÉ	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  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES MEDICAMENTEUSES oui  non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  parfois

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui  non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

Je soussigné, ..... 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

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS



## Fiche prévisionnelle de besoins

Année scolaire 2019/2020

Pour l'année scolaire 2019/2020, vous aurez besoin (ou pensez avoir besoin) des créneaux de garde suivants :

- Garderie du matin :  Oui  Non
- Cantine :  Oui  Non
- Garderie du soir :  Oui  Non
- Mercredi :  Oui  Non
- Mon enfant prendra le bus, à la sortie d'école à 16h30 : :  Oui  Non



**AUTORISATIONS**  
**ACTIVITES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES**  
**ANNEE SCOLAIRE 2019/2020**

Je soussigné(e).....,  
père/mère de l'enfant.....,  
scolarisé dans la commune déléguée de.....

Autorise :

- |   | <u>Oui</u>               | <u>Non</u>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Mon enfant à participer à toutes les activités envisagées au cours des temps d'accueil périscolaires et extrascolaires  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le personnel à filmer et à prendre des photos de mon enfant dans la mesure où les films et les images ne seront destinés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • L'équipe d'animation et de direction à prendre toutes les mesures d'urgence qu'elle jugera nécessaires (SAMU, pompiers...)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fait le....., à .....

Signature :

# PLANNING 2019-2020






Services périscolaires et extrascolaires

Commune de FILLIERE

Planning régulier annuel  Planning mensuel

Nom / Prénom :

Commune :

	Semaine Paire					Semaine Impaire					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
 	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00	<input type="checkbox"/> 7h30 <input type="checkbox"/> 8h00
 	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	<input type="checkbox"/> 17h30 <input type="checkbox"/> 18h00 <input type="checkbox"/> 18h30	
Accueil de Loisirs* 											

• Cocher la ou les cases correspondantes à la présence de votre enfant pour chaque accueil –

\*Accueil de Loisirs du mercredi -> Préciser dans la case : Matin avec repas, après-midi avec repas ou Journée complète

# JOINDRE UN RIB AU MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat	<b>MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</b>	
----------------------------------	-----------------------------------	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez RÉGIE PÉRISCOLAIRE de FILLIÈRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de RÉGIE PÉRISCOLAIRE de FILLIÈRE

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.

Veuillez compléter les champs marqués \*

Votre nom \*

Nom / Prénom du titulaire

Votre adresse \*

Numéro et nom de rue

Code postal Ville

FRANCE

Pays

Les coordonnées  
de votre compte \*

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier \*

RÉGIE PÉRISCOLAIRE Commune de FILLIÈRE

Nom du créancier

I.C.S. \*

Identifiant créancier SEPA

Adresse du  
créancier \*

300 rue des Fleuries

Numéro et nom de la rue

74570 FILLIÈRE

Code postal Ville

FRANCE

Pays

Type de paiement \*

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à \*

Lieu

Date : JJ/MM/AAAA

Signature \*

Veuillez signer ici

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

## Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du  
débiteur

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le  
compte duquel le  
paiement est effectué  
(si différent du  
débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre RESTAURANT SCOLAIRE MUNICIPAL et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

Tiers créancier

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il reçoit des prélèvements pour le compte d'un tiers

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné

Numéro d'identification du contrat

Description du contrat

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.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
-----------------	---