



REINSCRIPTION SERVICES PERISCOLAIRES 2021/2022 *(accueil périscolaire, restauration scolaire, mercredi)*

Merci de bien vouloir envoyer par mail ou déposer au périscolaire de votre commune le dossier de réinscription périscolaire :

- Fiche de renseignement (corrigée si nécessaire)
- Fiche sanitaire et photocopie des vaccinations à jour
- Attestation quotient familial CAF ou MSA ou dernier avis d'imposition
- Fiche des besoins 2021-2022
- Autorisation 2021-2022
- Mandat de prélèvement + RIB (uniquement en cas de changement de coordonnées bancaire ou pour une 1^{ère} mise en place du prélèvement automatique)

Commune de Fillière

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

Tél. 04 50 22 82 32 • Mail : accueil.thorens-glieres@commune-filliere.fr

www.commune-filliere.fr



INSCRIPTIONS SERVICES PERISCOLAIRES ET MERCREDIS 2021-2022

Pour les familles dont l' (les) enfant(s) est (sont) en garde alternée : chaque parent doit remplir un dossier pour l' (les) enfant(s) et préciser sur le dossier « garde alternée ».

Les dossiers complétés et accompagnés des pièces justificatives seront à nous retourner impérativement pour le 4 juin 2021 par mail de préférence comme indiqué ci-après :

- services périscolaires d'Aviernoz : periscolaire.aviernoz@commune-filliere.fr
- services périscolaires d'Evires : periscolaire.evires@commune-filliere.fr
- services périscolaires des Ollières : periscolaire.ollieres@commune-filliere.fr
- services périscolaires de Saint-Martin-Bellevue : periscolaire.stmartin-bellevue@commune-filliere.fr
- services périscolaires de Thorens-Glières : periscolaire.thorens-glieres@commune-filliere.fr

S'il vous est impossible d'envoyer par mail le dossier, merci de contacter les coordinateurs ou référents à un des numéros indiqués ci-dessous :

- Aviernoz : 07.60.57.82.67 ou 07.50.09.60.39
- Evires : 06.99.18.25.21 ou 07.50.09.60.39
- Les Ollières : 06.99.18.09.77 ou 07.50.09.60.39
- Thorens-Glières : 07.60.44.62.29 ou 07.50.09.64.84
- Saint-Martin-Bellevue : 07.60.44.61.67 ou 07.50.09.61.86

Vous recevrez un mail mi-août au plus tard pour faire vos réservations sur le portail famille pour l'année 2021-2022.

Pour toutes questions, merci de contacter le secrétariat du Pôle Enfance Jeunesse & Sport au 04.50.22.82.38 ou par mail : secretariat.jeunesse@commune-filliere.fr



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

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					
BCG					

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"/>
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 MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

INDIQUEZ CLAIRES :
 LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REDUCTION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

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 2021/2022

Pour l'année scolaire 2021/2022, 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

Cette fiche nous permettra d'évaluer les besoins de l'ensemble des familles sur Fillière.

Dans tous les cas, vous devrez impérativement faire les réservations mi-août via le portail famille. Vous recevrez les codes au plus tard le 10 août 2020.

En cas de problème de connexion ou de questions sur l'utilisation du portail famille, n'hésitez pas à contacter le secrétariat du Pôle Enfance Jeunesse et Sports.



AUTORISATIONS ACTIVITES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

Je soussigné(e),
père/mère de(s) l'enfant(s).....,
scolarisé(s) 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 :

**UNIQUEMENT SI CHANGEMENT DE COORDONNEES BANCAIRE OU
MISE EN PLACE DU PRELEVEMENT : MERCI DE JOINDRE LE RIB CORRESPONDANT**

Référence Unique du Mandat	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
----------------------------------	-----------------------------------	---

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Services Péricolaires Filière à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Services Péricolaires Filière.

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 débiteur

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 * Services Péricolaires Filière
Nom du créancier

I.C.S. * FR 48 ZZZ 608597
Identifiant créancier SEPA

Adresse du créancier * 300 ROUTE DES FLEURIES THORENS GLIERES
Numéro et nom de la rue
74570
Code postal Ville
FRANCE
Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à * Date : JJMM/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 paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre Services Péricolaires Filière 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 remet 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'oppositions, 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'informaticque, aux fichiers et aux libertés.

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