

Commune
de
LA CHAPELLE SAINT-AUBERT

Mairie de La Chapelle Saint-Aubert
11, rue de la Mairie
35140 LA CHAPELLE SAINT-AUBERT

Chers parents,

*Vous trouverez ci-joint le dossier annuel d'inscription aux services périscolaires :
restaurant scolaire et garderie.*

*Si votre enfant était déjà scolarisé l'année dernière à La Chapelle Saint-Aubert et
que vos informations personnelles sont inchangées, seule la feuille bleue (fiche
sanitaire) est à nous retourner.*

*Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et vous
souhaitons une bonne rentrée.*

Le secrétariat.

Tej : 02.99.98.82.44

Mail : la.chapelle.saint.aubert@orange.fr

Site web : lachapellesaintaubert.fr

Horaires :

Ouverture au public les

Lundi, Jeudi : 14h – 17h

Vendredi : 14h - 17h30

Secrétariat fermé le mercredi

Mairie de La Chapelle Saint-Aubert

Dossier d'inscription

Année scolaire 2021 / 2022

Restaurant scolaire / Garderie

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-après le dossier d'inscription aux services périscolaires de l'école de La Chapelle Saint-Aubert (également téléchargeable sur <https://lachellesaintaubert.fr/enfance-jeunesse/ecole/>).

Sont concernés :

- Les enfants qui fréquenteront le restaurant scolaire de La Chapelle Saint - Aubert
- Et / ou les enfants qui fréquenteront la garderie de La Chapelle Saint - Aubert.

Si vous souhaitez en bénéficier (régulièrement ou occasionnellement), merci de compléter et déposer ce dossier en mairie **pour le 15 septembre 2021 accompagné de** :

- une attestation d'assurance « Responsabilité civile »
- Pour les paiements par prélèvement automatique : un RIB et le mandat ci-joint complété.

ENFANT(S)				
	<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>	<u>Enfant 3</u>	<u>Enfant 4</u>
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Classe en 2021 / 2022 :
Ecole fréquentée :
PARENTS - TUTEURS				
	<u>Parent 1</u> (facturé par défaut)	<u>Parent 2</u>		
Nom - Prénom:		
Adresse :		
N° de tél. à contacter :		
Adresse mail :@.....			
Autorité parentale :	oui - non	oui - non		

Mairie de La Chapelle Saint-Aubert

Autre représentant légal (personne physique ou morale) :

Nom

Adresse :

Téléphone :

Utilisation des services

RESTAURANT SCOLAIRE

tableau à compléter par : O (oui) / N (non) / OCC. (occasionnellement)

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Lundi				
Mardi				
Jeudi				
Vendredi				

Ces données sont demandées à titre indicatif.

En cas d'absence ou de présence imprévue, merci de contacter l'école avant 9h. Les repas commandés non pris sont facturés sauf raison médicale ou obligation familiale impérieuse.

GARDERIE

Tableau à compléter par : O (oui) / N (non) / OCC. (occasionnellement)

		Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Lundi	matin				
	soir				
Mardi	matin				
	soir				
Jeudi	matin				
	soir				
Vendredi	matin				
	soir				

Pour une arrivée avant 8h le matin ou un départ après 18h, merci de prévenir le personnel ou la mairie **au moins 48h avant**. **Le lieu de garderie est déterminée par le lieu de résidence** (sauf indication contraire, par exemple protocole COVID-19)

FACTURATION

(à compléter si coordonnées différentes de Parent 1)

Nom - Prénom:

Adresse :

Les tarifs seront disponibles sur le site internet communal
<https://lachellesaintaubert.fr/enfance-jeunesse/ecole/>

AUTORISATION

- Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant (nom, prénom, lien):

-

-

- Départ de l'enfant seul : oui – non

Certifié exact le ____ / ____ / 2021

Signature du, des parent(s) ou du tuteur légal:

DEMANDE DE PRELEVEMENT SUR COMPTE BANCAIRE OU POSTAL

Type de contrat : Règlement des factures de services périscolaires

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LA COMMUNE DE LA CHAPELLE SAINT AUBERT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LA COMMUNE DE LA CHAPELLE SAINT AUBERT.

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

FR15ZZZ544492

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
NOM, Prénom :	Nom : Commune de La Chapelle Saint Aubert
Adresse :	Adresse : Mairie – 11, rue de la Mairie
Code postal :	Code postal : 35 140
Ville :	Ville : La Chapelle Saint Aubert
	Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
I B A N	()

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif
Paiement ponctuel

Fait à :

Signature :

Le :

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 :

COMMUNE DE LA CHAPELLE SAINT-AUBERT

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 LA COMMUNE DE LA CHAPELLE SAINT AUBERT. 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 LA COMMUNE DE LA CHAPELLE SAINT AUBERT.

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

TEMPS PÉRISCOLAIRES (CANTINE ET GARDERIE)

(Document confidentiel - Informations transmises uniquement aux services d'urgence en cas de besoin)

École Publique Communale – La Chapelle Saint-Aubert

Téléphone de l'école : **02.99.18.79.34** - Téléphone de la Mairie : **02.99.98.82.44**

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.*

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :	
Nom :		Prénom :	
Taille :	Poids :		
Adresse :			

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui		non		Dernier rappel	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B				
Tétanos						Rubéole				
Poliomyélite						Coqueluche				
ou DT polio						Autres (préciser)				
ou Tétracoq										
B.C.G.										

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.
Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical**? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				



Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Si elles sont connues, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

• Nom : _____ Prénom : _____
Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____
Adresse : _____

• Nom : _____ Prénom : _____
Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____
Adresse : _____

• Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

autorise le personnel à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature: