

Déposé le :

Ecole :

cadre réservé à l'administration

Saisi le :

Domino :

Base Eleve :



DOSSIER RESIDENCE FAMILIALE À COMPLÉTER

Parent 1 : (spécifier) **Autorité parentale** Oui Non

Nom : Prénom :

Né(e) le : .../.../... à Dépt : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone fixe : Liste rouge Oui Non

N° de téléphone portable :

Organisme versant les prestations familiales : CAF MSA Autres :

N° Allocataire : Quotient familial :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

N° de téléphone professionnel :

Adresse mail :@.....

Parent 2 : (spécifier) **Autorité parentale** Oui Non

Nom : Prénom :

Né(e) le : .../.../... à Dépt : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone fixe : Liste rouge Oui Non

N° de téléphone portable :

Organisme versant les prestations familiales : CAF MSA Autres :

N° Allocataire : Quotient familial :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

N° de téléphone professionnel :

Adresse mail :@.....

Situation Familiale

Situation familiale : Marié(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Vie maritale Célibataire

Si Séparé : lieu d'habitation de l'enfant Parent 1 Parent 2

Facturation Parent 1 Parent 2

Indemnité journalière de repas (si famille d'accueil) :€

Souhaitez vous une facturation dissociée oui Non

Semaine paire : Parent 1 Parent 2

Semaine impaire : Parent 1 Parent 2

Nombre total d'enfants :

Nombre d'enfants à charge :

FICHE ENFANT*

Nom : Prénom :

M F

Né(e) le : .../.../... à Dépt : Nationalité :

Nom Prénom Parent 1 :

Adresse :

N° de téléphone fixe : N° de téléphone portable :

Employeur : N° de téléphone professionnel :

Adresse mail :@.....

Nom Prénom Parent 2 :

Adresse (si différente) :

N° de téléphone fixe : N° de téléphone portable :

Employeur : N° de téléphone professionnel :

Adresse mail :@.....

Etablissement scolaire :

Niveau de la classe :

Nom de la compagnie d'assurance scolaire : N° de police :

Personne(s) autorisé(e)s à venir chercher l'enfant autre(s) que le(s) responsable(s) légal(aux)

Nom / prénom	Adresse	N° de Tél 1	N° de Tél 2	Lien familial

Personne(s) à contacter en cas d'urgence (si différentes des personnes autorisées à venir chercher l'enfant)

Nom / prénom	Adresse	N° de Tél	N° de Tél pro	Lien familial

Autorisations diverses

J'autorise l'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions de la collectivité, dans le cadre de ses actions de communication, pour une durée indéterminée. Oui Non

Sorties Oui Non

Transports en car Oui Non

Transports avec le véhicules 9 places de la collectivité Oui Non

Transports avec le véhicule personnel de l'animateur Oui Non

Autorisation de rentrer seul après les activités scolaires et/ou périscolaires Oui Non

Brevet de Natation

Oui Non

Si oui, merci de nous fournir une copie

Test anti-panique

Oui Non

Commentaires

Si oui, merci de nous fournir une copie

Fiche Sanitaire



Nom : Prénom : né(e) le :

Médecin traitant	Adresse	Téléphone	Ville

Autorisez vous le Traitement contre la Pédiculose (infestation de la peau par les poux) : Oui Non

Votre enfant bénéficie t'il de l'AEEH : Oui Non

Antécédents médicaux	Commentaires - Hospitalisations

Régime alimentaire	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Allergie	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Projet d'Accueil Individualisé (PAI)	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, fournir obligatoirement une copie

Vaccin Obligatoire	Dernières vaccinations	Prochaine vaccination
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	/...../.....

Traitement Médicamenteux	Début	Fin	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>/...../...../...../.....	

Maladie spécifique	Début	Fin	Commentaires
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>/...../...../...../.....	

Notes médicales et/ou recommandations utiles des parents

* Conformément à l'article 34 de la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez l'exercer en adressant un e-mail à famille@chateaugontier.fr ou par courrier à la mairie de Château-Gontier sur Mayenne.

Je, soussigné (s) responsable de l' (es) enfants (s), déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier, et autorise, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la restauration scolaire, de la garderie, de l'accueil de loisirs et des activités jeunesse (règlements disponibles sur simple demande auprès de vos structures ou téléchargeables sur le lien suivant : <https://chateaugontier.portail-familles.net/>)

A Le

Mention "Lu et approuvé"
Signature Parent 1

Mention "Lu et approuvé"
Signature Parent 2

Afin de se mettre en conformité à ses obligations le Pays de Château Gontier vous soumet la signature du formulaire de consentement pour le traitement de données personnelles.

Le RGPD (« règlement général sur la protection des données ») est un nouveau règlement européen qui encadre les règles de protection des données personnelles (règlement UE 2016/679), applicable au 25/05/2018.

Formulaire de consentement



Nom : _____

Prenom : _____

Adresse Postale : _____

Adresse électronique : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone Portable : _____

(X) J'autorise la collectivité à utiliser mes coordonnées ci-dessus pour me joindre pour toutes affaires me concernant.

(X) J'autorise la collectivité à utiliser L'adresse électronique ci-dessus pour me faire parvenir la version dématérialisée des documents (journal, newsletters, factures, programmes alsh, ...)

(X) J'autorise la collectivité à utiliser L'adresse électronique et le numéro de portable ci-dessus pour me faire parvenir des alertes préfectorales.

(X) J'autorise la collectivité à utiliser L'adresse électronique et le numéro de portable ci-dessus pour me faire parvenir des informations courantes.

- ✓ Vous pourrez à tout moment demander la modification de ces données.
- ✓ Vous pourrez à tout moment annuler cette ou ces autorisation(s) sur simple demande
- ✓ Pour une information détaillée ou pour exercer vos droits, contactez notre DPO par courriel : dpo@chateaugontier.fr

A : _____, le _____

Signature :

Pièces à joindre au dossier :

- Copie du dernier bordereau (CAF ou MSA) justifiant vos droits aux prestations familiales.
- Copie de l'assurance périscolaire et extrascolaire.
- Copie du livret de famille.
- Copie du carnet de Santé (Vaccinations)
- Rib et Autorisation de prélèvement (obligatoire)**
- En cas de divorce ou de séparation, fournir le(s) jugement(s) précisant le lieu d'habitation et
- En cas de PAI : Copie du certificat d'allergie, accompagné du PAI.

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Régie enfance et affaires scolaires

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Ville de Château-Gontier sur Mayenne à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Ville de Château-Gontier sur Mayenne.

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 créancier SEPA

FR 81 ZZZ 493252

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du Créancier
Nom, Prénom :	Nom : Ville de Château-Gontier sur Mayenne
Adresse :	Trésorerie de Château-Gontier sur Mayenne
Code postal :	Adresse : 23 place de la République Château-Gontier
Ville :	Code postal : 53200
	Ville : Château-Gontier sur Mayenne

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

FR							
----	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

			()
--	--	--	---	--	--	---

Type de paiement : Paiement récurrent, le prélèvement sera effectué le 5 du mois suivant la facturation (ex : facture de septembre prélevée en novembre).

Signé à :

Le :

Signature :

--

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

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 Ville de Château-Gontier sur Mayenne. 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 Ville de Château-Gontier Mayenne.

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier de l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Liberté.