

FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

à la garderie et/ou à la cantine (une fiche par enfant)

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Num :	
RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance ::	Date de naissance ::
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Nom de l'employeur, adresse + téléphone pro :	Nom de l'employeur, adresse + Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations	Réponse
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON
Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON
Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

INSCRIPTIONS GARDERIE ET/OU CANTINE

Mode d'emploi :

Si vous désirez inscrire votre enfant à la garderie ou à la cantine, merci d'entourer les jours correspondants.

Remarque : Les cases grisées correspondent à des jours où l'activité est fermée.

Etablissement : Ecole Maurice Boulay

Activité

Semaine type

Garderie Matin

L	M	M	J	V	S	D
---	---	---	---	---	---	---

Garderie soir

L	M	M	J	V	S	D
---	---	---	---	---	---	---

Cantine

L	M	M	J	V	S	D
---	---	---	---	---	---	---

PIECES A FOURNIR

Merci de fournir un RIB impérativement et de retourner le mandat de prélèvement automatique ci-joint complété et signé. (Le paiement s'effectuera par prélèvement automatique).

A la rentrée de septembre :

Nous vous demanderons de signer les règlements de la garderie et de la cantine et de nous transmettre une attestation d'assurance.

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations nominatives vous concernant recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatique permettant la gestion du dossier par la mairie de Clion dont le maire est responsable de traitement.

Afin que votre demande aboutisse, ces données sont nécessaires et obligatoires pour le traitement de l'inscription de votre enfant à la cantine / garderie. La base légale de ce traitement est votre consentement.

Les informations recueillies pourront être transmises si besoin aux agents municipaux qui gèrent la garderie ainsi que la cantine municipales. Les destinataires des informations collectées sont donc exclusivement l'administration.

Vos données seront conservées en base active l'année scolaire puis archivées.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD) du 25 mai 2018, vous disposez d'un droit d'accès, droit de rectification, droit à la limitation du traitement et un droit de retrait. Si vous souhaitez exercer un de ces droits, vous pouvez vous adresser au secrétariat de la mairie ou envoyer un courriel à notre Délégué à la Protection des données à l'adresse : rgpd@paysvalencayenberry.com

Si vous estimez qu'un de vos droits n'a pas été respecté, vous pouvez introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle, la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sur le site : www.cnil.fr

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Prélèvement de la facture de garderie et/ou de cantine

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Mairie de Clion sur Indre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de Clion sur Indre.

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

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom: Adresse : Code Postal : Ville : Pays :	Nom: Commune de Clion sur Indre Adresse : 2 Place de la Mairie Code Postal : 36700 Ville : CLION SUR INDRE Pays : France
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)	
<input type="checkbox"/> Paiement ponctuel	
<input checked="" type="checkbox"/> Paiement Récurrent / répétitif	

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

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 la Mairie de Clion sur Indre. 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 Mairie de Clion sur Indre.

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.

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

