



MAIRIE d'ETEL-Dossier Unique

Accueil Périscolaire (Garderie) & Restauration Scolaire
Accueil de Loisirs Extrascolaire (« Vac'Loisirs » 10-14 ans)
Séjours de Vacances

Renseignements Administratifs

↳ Votre enfant

Nom : Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse de l'enfant :

Code Postal : Commune :

A remplir uniquement pour les enfants scolarisés aux Ecoles d'Etel

Ecole Publique de la Barre / Ecole Privée Sainte Anne

Classe : (En septembre 2023) PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

↳ Représentants légaux de l'enfant (A remplir obligatoirement)

1 Nom : Prénom(s) :

Profession :

Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON

Téléphone(s) Domicile : Portable : Travail :

Adresse Mail : ©

Nom : Prénom(s) :

Profession :

Autorisé à prendre l'enfant : OUI NON

Téléphone(s) Domicile : Portable : Travail :

Adresse Mail : ©

↳ Situation familiale des parents Marié Célibataire Divorcé Union Libre Pacsé Autre

↳ Allocataire des Prestations Familiales

Nom de l'organisme des Prestations Familiales (caf, msa, autres) :

Numéro Allocataire : Nom – Prénom de l'allocataire :

(Sans indication de votre numéro allocataire, le tarif de la tranche la plus haute sera appliqué automatiquement)

↳ Paiement / Facturation

Prélèvement Automatique : Oui Non

Payeur de l'Activité : Nom..... Prénom :

Joindre 1 RIB uniquement si première demande ou modification de coordonnées bancaires.

Un mandat de prélèvement vous sera expédié. Vous devrez le signer et en faire retour auprès de notre service.

↳ Inscription

*Restaurant scolaire : Oui Non

Si oui, fréquentation Régulière Occasionnelle (Prévenir 48h à l'avance)

Si fréquentation régulière, merci de cocher les jours de présence de votre enfant :

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

↳ Autorisations spécifiques

* Autres personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant à la fin des activités ou à prévenir en cas d'urgence :

1- Nom : Prénom(s) :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Téléphone(s) Domicile : Portable : Travail :

2- Nom : Prénom(s) :
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Téléphone(s) Domicile : Portable : Travail :

Si une autre personne vient chercher votre enfant à titre exceptionnel, merci de vous munir d'une autorisation écrite de votre part

*Autorisation de l'enfant à partir seul à la fin des activités : oui / non

*Autorise les services à reproduire des photos de mes enfants dans le cadre des activités extrascolaires et périscolaires de la mairie à des fins de communication pour la Municipalité et la presse: oui / non

Renseignements Médicaux

↳ Nom du médecin traitant :Téléphone :.....

* Observations médicales particulières (Allergies : joindre un certificat médical et pour les autres maladies graves mise en place d'un Plan d'Accueil Individualisé PAI ...):
.....
.....

* L'enfant prend-il régulièrement des médicaments : oui / non

Si oui, lesquels (fournir l'ordonnance si médicaments lors de l'accueil) ?
.....
.....

Toute modification de l'état de santé de l'enfant doit être signalée au Service Jeunesse dans les plus brefs délais.

Décharge de responsabilités

Ayant pris connaissance du fonctionnement des services et de son règlement intérieur, je soussigné(e).....
.....responsable légal de l'enfant..... :

1. **Autorise** mon enfant à participer aux différentes activités extrascolaire (prestataires extérieurs et transports) et périscolaire.
2. **Décharge** l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait subvenir en dehors des heures de fonctionnement des activités auquel votre enfant est inscrit. La prise en charge des enfants se termine dès la fin des activités. Les parents sont donc responsables de leur surveillance dès la fin de celles-ci. Ils devront donc être présents si l'enfant ne rentre pas seul.
3. **Autorise** l'organisateur à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et à donner son accord pour une anesthésie lors d'une intervention chirurgicale.
4. **M'engage** à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
5. **Déclare** que mon enfant est couvert par une responsabilité civile individuelle et/ou familiale.
6. **Atteste** que les vaccinations de mon enfant sont à jour.
7. **Autorise** l'organisateur à consulter mon quotient familial sur CAF Mon compte partenaire.
8. **Certifie** exact tous les renseignements portés sur cette feuille.

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé » :

A, Le

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Mairie d'ETEL, en sa qualité de responsable de traitement, pour la gestion du périscolaire (garderie et restauration scolaire) et de l'extrascolaire. Les bases légales de ce traitement sont l'obligation légale et la mission d'intérêt public.

Vos données sont conservées pendant toute la durée nécessaire à la réalisation de la finalité du traitement, augmentée des éventuelles obligations légales. Elles sont hébergées en France.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires concernés par le traitement, et légalement habilités.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel entré en vigueur le 25 mai 2018 et à la loi 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez accéder aux données vous concernant, et demander leur rectification ou leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime.

Vous pouvez exercer ces droits directement auprès du Responsable de traitement, ou de son Délégué à la protection des données à l'adresse : informatique@mairie-etel.fr

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
Référence unique de mandat :

Type de contrat : Facturation { Cantine scolaire
Garderie.
Service Jeunesse

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ETEL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et également votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la commune d'ETEL. 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

FR 06 CAN 532238

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
Nom, prénom :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Pays :	

DESIGNATION DU CREANCIER	
Nom :	Mairie d'Etel
Adresse :	6 PLACE DE LA REPUBLIQUE BP 38
Code postal :	56410
Ville :	Etel
Pays :	

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement :	Paiement récurrent/répétitif <input checked="" type="checkbox"/>	
	Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	

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 ETEL. 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 ETEL.

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.