

Adresse mail envoi des documents : jeunesse@lachapellesurordre.fr

INSCRIPTIONS ACCUEILS DE LOISIRS
DOCUMENTS A FOURNIR

- Fiche famille
- Fiche d'inscription année scolaire
- Attestation CAF indiquant votre numéro allocataire CAF Loire-Atlantique ou attestation MSA indiquant le montant de votre quotient familial ou à défaut une copie de l'avis d'imposition (N-1) sur le revenu.
- Justificatif de domicile de moins de trois mois.
- Copie du livret de famille
- Copie des vaccinations du carnet de santé
- Mandat SEPA dûment complété et signé accompagné d'un RIB si vous optez pour le mode de règlement par prélèvement automatique.

En cas de droit de garde ou d'autorité parentale restreint, la restriction devra être clairement exprimée, et justifiée par la photocopie du jugement.

Pour les enfants inscrits à l'école St Michel :

- Attestation d'inscription à l'école et niveau de la classe.

DIRECTION ANIMATION

BP. 4409 – 44244 LA CHAPELLE sur ERDRE Cedex

ACTION SCOLAIRE ☎ 02 51 81 87 18 ou 19 - JEUNESSE ☎ 02 51 81 87 23 - PETITÉ ENFANCE ☎ 02 40 29 73 36

FICHE FAMILLE

(cette fiche de renseignements ne dispense pas d'une inscription spécifique dans chacune des activités fréquentées)

Nom et prénoms du père : _____

Nom et prénoms de la mère : _____

Situation familiale : _____

Adresse complète : _____

☎ domicile : [] [] [] [] []

☎ portable père: [] [] [] [] []

☎ portable mère: [] [] [] [] []

adresse email :@.....

Employeur du père : _____ ☎ : [] [] [] [] []

Employeur de la mère : _____ ☎ : [] [] [] [] []

Nom et adresse du représentant légal (si différents des parents) : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

NOM et prénom des enfants	Date de naissance	Sexe

Régime social :

Régime général ou autres pour les allocataires CAF N° _____ Lettre _____

Régime Agricole N° _____

ÉTAT DE VACCINATIONS DE L'ENFANT

Je soussigné,

Représentant légal de l'enfant, déclare que celui-ci est à jour de ses vaccinations conformément à la réglementation.

PATHOLOGIE, MALADIE, ALLERGIES, PROTOCOLE D'ACCUEIL

Un P.A.I. est-il mis en place pour votre enfant : oui non en cours

	Pathologie	Préciser
1	Allergie Alimentaire	
2	Allergie autre	
3	Affection, pathologie ou maladie particulière	
4	Autre information à signaler (ex : prothèses, alimentation...)	

Si votre enfant présente une allergie alimentaire / asthme ou autre, et qu'une prise de traitement est nécessaire sur les temps scolaires, accueil périscolaire, accueil de loisirs et restauration, un **Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** doit être signé sous la responsabilité du médecin scolaire ou du médecin de P.M.I., entre les parents, le Directeur de l'école et Monsieur le Maire.

**Un certificat médical est indispensable pour toute mise en place d'un P.A.I.
Le P.A.I. devra être renouvelé pour chaque année scolaire
auprès de la Direction de l'école de votre enfant**

MODE DE PAIEMENT

Prélèvement bancaire : oui non

Si oui, s'agit-il : d'un renouvellement d'une première demande (*) d'un changement de compte (*)

(*) Merci de compléter le « Mandat de prélèvement SEPA », accompagné d'un RIB

Je soussigné(e),
représentant légal de l'enfant,

- Atteste l'exactitude des renseignements portés dans la présente fiche et autorise les personnels municipaux à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant ;
- Autorise les services de la Ville de La Chapelle-sur-Erdre à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique afin d'utiliser éventuellement les supports municipaux d'information et de communication (magazine, sites Internet de la Ville...) oui non
- Pour les familles allocataires C.A.F. de la Loire Atlantique :
Autorise les services de la Ville à accéder et retenir les revenus indiqués sur le site professionnel mis à disposition par la C.A.F. oui non
- Je m'engage à signaler tout changement éventuel qu'il soit d'ordre administratif ou qu'il concerne la santé de mon enfant à la Direction de l'Animation.

Pour toute demande de départ anticipé ou en autonomie de votre enfant, veuillez-vous rapprocher du Directeur de la Structure.

Fait à :

Le :

Signature :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Mairie de La Chapelle-sur-Erdre 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 La Chapelle-sur-Erdre.
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 59 ZZZ 480941

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : Mairie de La Chapelle-sur-Erdre

Adresse : rue Olivier de Sesmaisons

Code postal : 44240

Ville : LA CHAPELLE-SUR-ERDRE

Pays : FRANCE

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

_____ (_____) _____

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

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 (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 La Chapelle-sur-Erdre. 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 la Chapelle-sur-Erdre.