

## FICHE ENFANT 2019/2020

Nom .....

Prénom.....

Date et lieu de naissance ...../...../.....

Sexe        F  M

Classe .....

Régime alimentaire spécifique / allergie alimentaire :.....

## FICHE FAMILLE

### Père / Tuteur légal

NOM ..... PRENOM.....

Adresse .....

N° téléphone et / ou N° portable .....

Mail .....

Profession .....

Employeur .....

Adresse .....

N° téléphone professionnel .....

### Mère / Tuteur légal

NOM ..... PRENOM.....

Adresse .....

N °téléphone et / ou N° portable .....

Mail .....

Profession .....

Employeur .....

Adresse .....

.....

N °téléphone professionnel.....

**Frères / Sœurs**

PRENOM..... AGE.....

PRENOM..... AGE.....

PRENOM..... AGE.....

***Personnes autorisées à récupérer l'enfant***

NOM ..... PRENOM ..... LIEN .....

NOM ..... PRENOM ..... LIEN .....

NOM ..... PRENOM ..... LIEN .....

***Personnes à contacter en cas d'urgence (si les parents/tuteurs ne sont pas joignables)***

NOM ..... PRENOM ..... TELEPHONE.....

NOM ..... PRENOM ..... TELEPHONE.....

NOM ..... PRENOM ..... TELEPHONE.....

Médecin traitant : .....

Adresse .....

Téléphone .....

Allergies / problèmes / médicaux .....

Assurance de l'enfant / Compagnie .....

N° contrat .....

## Pré-inscription temps périscolaire

### RESTAURANT SCOLAIRE

- Repas réguliers toute la semaine (soit 4 repas) :

|                |  |
|----------------|--|
| Tous les jours |  |
|----------------|--|

- Repas réguliers à jours fixes (préciser les jours) :

|          |  |
|----------|--|
| Lundi    |  |
| Mardi    |  |
| Jeudi    |  |
| Vendredi |  |

- Repas occasionnels (les jours devront obligatoirement être précisés 48 heures avant et avant 10 heures)
- En cas d'annulation : prévenir la mairie par mail ou par courrier déposé dans la boîte aux lettres au moins 48 heures à l'avance et avant 10 heures – tout repas non annulé dans les délais sera facturé.

### ACCUEIL DE LOISIRS (mercredi)

- Fréquentation régulière

|                    |  |        |         |
|--------------------|--|--------|---------|
| Tous les mercredis |  | 13 h30 | Journée |
|--------------------|--|--------|---------|

- Fréquentation occasionnelle

Pour l'inscription occasionnelle de vos enfants à l'accueil de loisirs du mercredi, il faudra les inscrire au moins 8 jours à l'avance (soit le mardi de la semaine précédente), à noter qu'ils ne seront pris en charge que si des places sont disponibles.

### FREQUENTATION PERISCOLAIRE

|          | Préscolaire<br>7h30-8h20 | Postscolaire<br>Maternelle<br>16h30-19h00 | Etude<br>16h30-18h00 | Postscolaire<br>Après étude<br>18h00-19h00 | Postscolaire<br>Primaire<br>16h30-19h00 |
|----------|--------------------------|---|----------------------|--|---|
| Lundi    |                          |   |                      |  |   |
| Mardi    |                          |   |                      |  |   |
|          |                          |   |                      |  |   |
| Jeudi    |                          |   |                      |  |   |
| vendredi |                          |   |                      |  |   |





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2019/2020

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, Hépatite B, Rubéole Oreillons Rougeole, Coqueluche, BCG, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell contains 'oui' and 'non' checkboxes.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**  
**Référence unique de mandat :**

**Type de contrat :**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MAIRIE DE BUTRY SUR OISE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et CREDIT AGRICOLE votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAIRIE DE BUTRY SUR OISE.  
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**

|  |
|--|
|  |
|--|

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

| DESIGNATION DU CREANCIER         |
|----------------------------------|
| Nom : MAIRIE DE BUTRY SUR OISE   |
| Adresse : PLACE PIERRE BLANCHARD |
| Code postal : 95430              |
| Ville : BUTRY SUR OISE           |
| Pays :                           |

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

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

Signé à : BUTRY SUR OISE

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 :  |

**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 MAIRIE DE BUTRY SUR OISE. 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 BUTRY SUR OISE.*

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à 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.