Mairie de Gex
77, rue de l'Horloge
01170 GEX
☎ : 04 50 42 63 00
🖷 : 04 50 41 68 77
mairie@ville-gex.fr

FICHE FAMILLE

Service ENFANCE-SCOLAIRE

Du 03/09/2018 au 31/08/2019

SECTEUR ÉDUCATION ET SPORTS

NOM et PRENOM de l'enfant	Date de naissance ET âge	école fréquentée	Niveau de classe	régime spécifique*	
				PAI	SANS PORC
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

***Régime spécifique** *(veuillez cocher la case si nécessaire)* **: PAI** (protocole établi avec le médecin personnel)**, en dehors de ces deux exceptions, aucune modification de menus n'est acceptée.**

Responsable légal n° 1 :

Nom et prénom : ……
Adresse : ……
……
☎ Fixe : ……
☎ Portable : ……
Email : ……
Profession : ……
Adresse professionnelle : ……
……
☎ Professionnel : ……

Responsable légal n° 2 :

Nom et prénom : ……
Adresse : ……
……
☎ Fixe : ……
☎ Portable : ……
Email : ……
Profession : ……
Adresse professionnelle : ……
……
☎ Professionnel : ……

- **AUTORISATIONS PARENTALES**
- J'autorise la réalisation et la divulgation d'images sur lesquelles mon enfant apparaît. Ces images pourront être utilisées par la commune, la communauté de communes, pour tous supports d'information de la collectivité.
- J'autorise mon (ou mes) enfant(s) à prendre le bus
- J'autorise mon(ou mes) enfant(s) à rentrer seul(s) à la maison après l'école ☐ oui ☐ non

CONTACT : Cocher les personnes à contacter en cas d'urgence ou pouvant récupérer le(les) enfant(s) :

Nom ET Prénom	En qualité de (préciser le lien de parenté)	Tel fixe	Tel portable	CP + Ville	*Autorisé à prendre l'enfant	*Contact d'urgence uniquement

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.

Fait à Gex, le

Signature des responsables légaux :

*Répondre oui ou non

Documents à joindre pour l'inscription :

DOSSIER D'INSCRIPTION aux activités du Service Education et Sports
Année scolaire 2018-2019

Vous devez fournir :

• La Fiche **FAMILLE** dûment complétée et signée, avec ses annexes valables pour l'année
• Une fiche de **DEMANDE D'INSCRIPTION** aux activités concernées : voir tableau ci-dessous
●Une attestation d'assurance complète responsabilité civile ou extra scolaire

ANNEXES VALABLES POUR L'ANNEE
• Une attestation CAF de moins de 3 mois
• Une copie de la fiche d'imposition du foyer
• Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (copie)
(En cas de domicile différent des parents, présenter le jugement d'un tribunal fixant la résidence de l'enfant)

PAIEMENT
• Si prélèvement automatique :
- Remplir la demande d'autorisation « Mandat de prélèvement SEPA »
- Joindre un RIB
• Paiement en ligne sur l'Espace Citoyen en accédant à votre espace personnel

RESTAURATION SCOLAIRE	**ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS** **Périscolaire** **Mercredi** **Vacances**
• Une fiche de DEMANDE D'INSCRIPTION à la Restauration scolaire **Si PAI** (protocole établi avec le médecin personnel) Joindre le dossier (document à demander en mairie : service éducation et sports et à faire compléter par le médecin)	• Une fiche de DEMANDE D'INSCRIPTION à l'ACM Périscolaire ou Mercredi ou Vacances • Une fiche sanitaire de liaison PAR ENFANT - Complétée : les dates de vaccination doivent être notées - Datée et signée •Pour les mercredis et les vacances, joindre une photocopie du formulaire des Aides aux vacances et au temps libre délivré par la CAF.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT polio	☐	☐		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	☐	☐			
BCG	☐	☐			

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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

Je soussigné, ...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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

MAIRIE DE GEX

Mairie de GEX

Rue de l'horloge

OBSERVATIONS

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **MAIRIE DE GEX**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **MAIRIE DE GEX**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

VILLE DE GEX

Référence unique du mandat :

2	0	1	4	G	E	X	M	A	I	F	R	1	5	Z	Z	Z	5	6	3	8	9	2						

Identifiant créancier SEPA : FR15ZZZ563892

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal **Ville**

Pays

Créancier :

Nom **MAIRIE DE GEX**

Adresse **77 RUE DE L'HORLOGE**

Code postal **01170** Ville **GEX**

Pays **France**

IBAN
Identification du compte bancaire

BIC
Identification de votre banque

Paiement : ☐ **Récurrent/Répétitif** ☐ **Ponctuel**

A :

Le :

Signature :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat et joindre un relevé d'identité bancaire (IBAN/BIC)