



Halte-jeux "Bulle de câlins"



Cornella Del Vercol, le

Céline BATAARD

Directrice de la halte-jeux « Bulle de câlins »
4 Allée Paul Clandet
66200 CORNELLA DEL VERCOL

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-dessous la liste des pièces que vous devez nous adresser, signées par les deux parents :

- Fiche de renseignement 1 : « l'enfant et sa famille » (avec n° CAF)
- Fiche de renseignement 2 : « l'enfant »
- Fiche de renseignement 3 : « renseignements médicaux »
- Fiche de renseignement 4 : « les autorisations »
- Certificat médical d'aptitude à rentrer en collectivité
- Ordonnance pour l'administration d'antipyrétique
- Copie des vaccinations
- Copie de votre carte vitale
- Copie du livret de famille
- Si vous ne dépendez pas de la CAF : Copie de votre avis d'imposition N-2 et
- Copie des trois derniers bulletins de salaire des deux parents ou dernier bilan
- Justificatif de domicile
- Attestation d'approbation du règlement intérieur
- 4 photographies de votre enfant
- Contrat d'accueil signé par les 2 parents
- Assurance responsabilité civile

Nous vous rappelons que tous ces documents sont obligatoires pour enregistrer votre inscription. A défaut, nous ne pourrions PAS ACCEPTER votre enfant à la Halte-jeux.

La directrice
Céline Bataard



DOSSIER ADMINISTRATIF

FICHE I: L'ENFANT et sa FAMILLE

ENFANT

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Date d'entrée à la halte-jeux _____





MAMAN

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Profession/ Employeur _____

Lieu de travail _____



_____ Portable _____

Email: _____

Autorité parentale: oui non (sur justificatif)

PAPA

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Profession _____

Employeur _____

Email: _____



_____ Portable _____

Autorité parentale: oui non (sur justificatif)

Situation maritale: Marié en couple pacsé divorcé séparé parent isolé autre _____

Bénéficiez-vous: du RSA de l'allocation enfant handicapée

Fratrie:

Nom	Prénom	Date de naissance

N° sécurité sociale:

N° M.S.A. (et n° INSEE): _____ N° C.A.F.: _____

Nom et prénom de la personne allocataire: _____

MEDECIN TRAITANT de l'enfant: Nom _____



DOSSIER ADMINISTRATIF

Fiche 2 : L'ENFANT

NOM _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Date d'entrée à la halte-jeux: _____

S'agit-il d'une première séparation ? oui non

L'enfant a-t-il déjà été gardé ? oui non

Si oui, par qui (famille, amis, assistante maternelle, baby-sitter)? _____

Objet transitionnel : Doudou sucette autre (précisez) _____

Alimentation :

Ses goûts : il aime : _____

il n'aime pas : _____

En général, ce qu'il déjeune le matin et vers quelle heure: _____

En général, ce qu'il goûte l'après-midi : _____

Son rapport à l'alimentation : facile difficile très difficile

Allergies (précisez) :

Sommeil :

Heure approximative des siestes : Matin : _____

Après-midi : _____

Informations nécessaires que vous jugez utile de porter à notre connaissance :



Fiche 3 : RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents de l'enfant

Grossesse : _____

Accouchement : _____

Neonataux : _____

Hospitalisation (précisez le motif) : _____

Allergies médicamenteuses : _____

Maladies chroniques : _____

Cas de maladies héréditaires dans la famille (ex : maladies cardio-vasculaires, diabète, mucovicirose, ect...)?

VACCINATIONS : joindre photocopie du carnet de vaccination obligatoire

Autres : _____



Fiche 4 : LES AUTORISATIONS

1) Autorisation concernant les personnes habilitées à venir chercher l'enfant à la halte-jeux

Je soussigné(e), Mme _____, et/ou M. _____, parents de _____, autorise(nt) les personnes suivantes à venir chercher mon enfant, **SOUS PRESENTATION D'UNE PIECE D'IDENTITE ET SOUS CONDITION QUE CETTE PERSONNE SOIT MAGEURE :**

Nom	Prénom	N°téléphone	Lien de parenté

Pour éviter toute source de malentendus, informez l'équipe de la personne qui viendra rechercher votre enfant.

Fait à Corneilla del Vercol, le

Signature des parents

2) Autorisation concernant le transport à l'hôpital :

Je soussigné, M. Mme _____ autorise la directrice de la halte-jeux, en cas d'accident, à faire transporter mon enfant _____ à l'hôpital pour qu'il lui soit administré des soins d'urgence.

Fait à Corneilla del Vercol, le
Signature des parents

3) Autorisation concernant les sorties en plein-air :

Je soussigné, M. Mme _____
autorise mon enfant _____
à participer aux sorties de plein-air organisées par la halte-jeux (transport en Car
privé ou à pied).

Fait à Corneilla del Vercol, le
Signature des parents

4) Autorisation concernant la prise de photos :

Je soussigné, M. Mme _____
• autorise la mairie de Corneilla del Vercol à prendre en photo mon enfant _____
_____ du moment où il est en groupe, et autorise
également la publication de ces photos dans les journaux suivants : *l'Indépendant* et
autres journaux régionaux ou journaux communaux tel que *Le Petit Vercol*.
Ceci afin d'accompagner des articles concernant la vie de la halte-jeux.

• autorise la halte-jeux « Bulle de Câlins » à prendre des photos de mon enfant pour
illustrer des panneaux d'information concernant les activités faites au sein de la
halte-jeux et publier des photos dans les petits journaux et ceci afin d'accompagner
les articles concernant la vie de la halte-jeux.

Fait à Corneilla del Vercol, le
Signature des parents

5) Autorisation concernant l'administration d'antipyrétique:

Je soussigné, M. Mme _____
• autorise la responsable éducatrice de la halte-jeux « Bulle de Câlins » à donner à
mon enfant un antipyrétique, en cas de fièvre, suivant les données notées sur
l'ordonnance du médecin de famille fournie à l'inscription.

Fait à Corneilla del Vercol, le
Signature des parents



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : SERVICE HALTE GARDERIE DE CORNEILLA DEL VERCOL

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Trésor Public à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Trésor Public.

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

FR70ZZZ563290

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

DESIGNATION DU CREANCIER
TRESOR PUBLIC

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à :

Signature :

Le ___ / ___ / ___ :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME)

Nom du tiers débiteur (bénéficiaire du service HALTE GARDERIE):

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 le Trésor Public. 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 le Trésor Public.

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.