DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Service Jeunesse de MASTAING

Année scolaire 2019-2020

Cadre réservé à l'administration

☐ scolarisé(e) à Mastaing

☐ attaché(e) à la commune
☐ extérieur(e) à la commune

BAREME :

NOM PRENOM DE L'ENFANT : _____

ACCUEILS CONCERNES PAR L'INSCRIPTION

☐ ALSH automne
☐ ALSH hiver
☐ ALSH printemps
☐ ALSH été

DOCUUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

PHOTOCOPIE DES VACCINS Obligation de vaccinations antidiphtérique – antipoliomyélitique et antitétanique	
PHOTOCOPIE ATTESTATION de Sécurité Sociale	
PHOTOCOPIE ATTESTATION d'ASSURANCE couvrant les activités extrascolaires	
CARTE d'IDENTITE de L'ENFANT	
Autorisation de Sortie de territoire – Etablie au 31/07/2020	
PHOTOCOPIE DES RESSOURCES – Calcul du Tarif	
DOCUMENTS CI-JOINT remplis et signés	
L'AUTORISATION de PRELEVEMENT si vous souhaitez opter pour ce moyen de paiement	

MAIRIE DE MASTAING

SERVICE JEUNESSE

RESERVATION ET PAIEMENT EN LIGNE via MON ESPACE FAMILLE

Afin de faciliter vos démarches, la Mairie de Mastaing met à votre disposition le service en ligne Mon espace Famille. Il s'agit d'un espace personnel et sécurisé, accessible 24h/24, qui vous permet de réserver et de payer en ligne si vous le désirez.

Attention d'avoir renseigné une adresse mail valide sur le dossier d'inscription.

ACTIVATION DU PORTAIL MON ESPACE FAMILLE

A réception du dossier d'inscription COMPLET par le Service Jeunesse,

- Envoi d'un mail sous 48h nommé : Adhésion à un espace monespacefamille.fr
- Cliquez sur le lien pour accéder au portail "Mon espace Famille"
- Ouverture du Portail
- Veuillez créer votre compte avec un identifiant et un mot de passe
- Lorsque le compte est crée, le portail vous demande de vous rattacher à une collectivité. Le code se trouve dans le mail reçu.

RESERVATION

- Le portail est ouvert selon l'âge de l'enfant et vos besoins / Péri / Restauration / ALSH
- Cliquez sur l'onglet réservation
- Cliquez sur l'enfant correspondant
- Cliquez le petit onglet et choisir la prestation souhaitée / Péri / Restauration / ALSH
- Cliquez sur le ou les dates de votre choix - S'affiche dans le panier
- Validez le panier

Si besoin, une légende apparaît en bas lors de la réservation

FACTURATION

A la fin de chaque mois, votre facture sera éditée, et adressée par mail.

Vous avez 2 possibilités de paiement : par prélèvement ou par carte bancaire

- ***par prélèvement***/ Fournir un RIB avec le dossier et compléter l'autorisation de prélèvement auprès du Service Jeunesse
- ***par Carte Bancaire***/ A régler chaque mois sur le site "Mon espace Famille"

ADHESION AU PAIEMENT

Veuillez cocher l'option de paiement choisi

❑ Opte pour le paiement par prélèvement mensuel

❑ Opte pour le paiement par Carte Bancaire sur le site.

Fait à : Le : Signature :

L'ENFANT

NOM et Prénom : _____ Sexe : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Niveau scolaire : _____

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

NOM et Prénom du père : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Employeur : _____

Autorité Parentale : ❑ oui ❑ non

NOM et Prénom de la mère : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Employeur : _____

Autorité Parentale : ❑ oui ❑ non

Adresse Mail de la famille : _____

NUMEROS DE TELEPHONE – CAS D'URGENCE

NOM PRENOM _____ ☎ _____

NOM PRENOM _____ ☎ _____

NOM PRENOM _____ ☎ _____

NOM PRENOM _____ ☎ _____

NOM PRENOM _____ ☎ _____

PERSONNES AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT

INTERDITES	NOM et Prénom	Lien de parenté	Téléphones Si personne autorisée à récupérer l'enfant
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			

A ne pas compléter si votre enfant est autorisé à repartir seul (voir annexe Autorisation)

AUTORISATIONS

URGENCE	Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, AUTORISE le responsable des Accueils de loisirs à prendre, en cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.	☐ OUI ☐ NON
SORTIES	Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, AUTORISE l'enfant à participer aux sorties extérieures aux Accueils de loisirs.	☐ OUI ☐ NON
AUTORISATION A QUITTER SEUL L'ALSH	Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, AUTORISE l'enfant à repartir seul à la fin des accueils de loisirs.	☐ OUI ☐ NON
DROITS A L'IMAGE	Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, AUTORISE la commune de Mastaing à utiliser, exclusivement pour la présentation et l'illustration des activités des accueils de loisirs, l'image et la voix de mon enfant sur divers supports (photographique ou informatique) : - publication sur le site Internet de la commune - publication d'éventuels tracts d'informations communales - l'utilisation de l'image et de la voix (enregistrement vidéo) de mon enfant dans le cadre des activités des accueils de loisirs. - Etc. **Je peux à tout moment faire retirer les photographies du site internet ou modifier la présente autorisation, en m'adressant au responsable des accueils de loisirs de la commune.**	☐ OUI ☐ NON

FAIT à _____ Le _____

Nom et Prénom de l'enfant autorisé : **«NOM_PRENOM»**

Signature du responsable légal (précédée de la mention **"**lu et approuvé**"**)

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	**PRENOM :**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il **un traitement médical ?** ☐ 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 ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME ☐ Oui ☐ Non
- ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
- MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen…) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler).**

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter ?** ☐ Oui ☐ Non

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Rhumatisme articulaire aigu
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Oreillons	Otite	Rougeole	Scarlatine	
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : ..... **PRENOM :** .....

TEL DOMICILE ..... **TEL TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE** .....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : .....**(OBIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE : **SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL** ☐

Liberté • Égalité • Fraternité
République Française

cerfa
N° 15646*01

AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST) D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation de sortie du territoire d'un mineur non accompagné par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à (lieu de naissance) : _____

Pays de naissance : _____

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : _____

Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) : _____

Prénom(s) : _____

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à (lieu de naissance) : _____

Pays de naissance : _____ Nationalité : _____

Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :

❑ Père ❑ Mère ❑ Autre (préciser) : _____

Adresse : _____ _____ _____ _____
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Téléphone *(recommandé)* : __ __ /__ __ /__ __ /__ __ /__ __

Courriel *(recommandé)* : _____

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : |_|_|_|_|_|_|_|_| inclus.

Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.

Exemple : une autorisation signée le 1er septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »[1] :

DATE : |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature du titulaire de l'autorité parentale :

[1] Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION [1] :

Type de document (cocher la case) : ❑ Carte nationale d'identité ❑ Passeport ❑ Autre

(Préciser : _____)[2]

Délivré(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Par (autorité de délivrance) : _____

[1] La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

[2] Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

TYPE DE CONTRAT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Mairie de Mastaing, Régie Recettes ALSH Mastaing,** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et _____ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Mairie de Mastaing, Régie Recettes ALSH Mastaing.**
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,*
- *sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.*

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

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : ☒ Récurrent / Répétitif
☐ Ponctuel

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____

Ville : _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA
FR76 10071590000000201978239

Nom : MAIRIE DE MASTAING
REGIE RECETTES ALSH MASTAING

Adresse : JEAN JAURES

Code postal : 59172

Ville : MASTAING

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE(au format IBAN BIC)

IBAN

BIC

Le :

A : .....

Signature :

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 :

RAPPEL

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par **Mairie de Mastaing, Régie Recettes ALSH Mastaing.** 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 **Mairie de Mastaing, Régie Recettes ALSH Mastaing.**