

LIEU DE L'ACCUEIL :

N.B. : Ce modèle de fiche, à renseigner par les parents, ne dispense en aucun cas d'une copie du carnet de santé de l'enfant.

APS :

MERCREDI :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1- ENFANT
	NOM : _____
	Prénom : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	Oui	Non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG :			<i>Vaccination non obligatoire depuis le décret n° 2007 -1111 du 17/07/2007</i>		

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

3- RENSEIGNEMENT MEDICAUX 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 ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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..

.....
.....
.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... Prénom.....

ADRESSE (pendant le séjour).....

TEL . Fixe (et Portable) Domicile..... bureau :.....

NOM et TEL du Médecin Traitant.....

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

coordonnées des personnes autorisées à venir chercher l'enfant:

nom : prénom: Tél:.....

nom : prénom: Tél:.....

nom : prénom: Tél:.....

nom : prénom: Tél:.....

N/Réf : JCG/NM N° 09037

Madame, Monsieur,

La commune de Bressuire vous propose de mettre en place, dès le mois de février 2010, un dispositif de prélèvement automatique des factures du service scolaire (accueil péri-scolaire, restauration scolaire).

Ce dispositif est optionnel et gratuit.

Le principe de ce mode de règlement repose sur les points suivants :

- Vous recevez la facture à votre domicile, avec la mention du prélèvement de celle-ci. Vous n'avez pas de déplacement à faire pour la régler ou de chèque à envoyer.
- Le montant exact de la facture établie au titre d'un mois M est prélevé par le Trésor Public sur votre compte bancaire le 15 du mois M + 1 (exemple : facture du mois de janvier prélevée le 15 du mois de février lors de la mise en place du dispositif).
- En cas de rejet de prélèvement, le recouvrement de la facture concernée fait l'objet d'un traitement particulier et ne fait pas l'objet d'un nouveau prélèvement. L'incident n'a pas pour effet d'annuler les prélèvements suivants.

Comment adhérer au contrat de prélèvement :

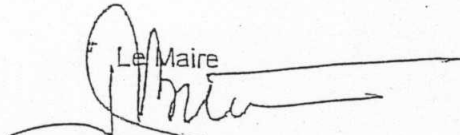
Il vous suffit de renvoyer, dans les meilleurs délais et si possible avant le 15 décembre 2009, au service scolaire de la Commune de Bressuire, la demande et l'autorisation de prélèvement dûment complétées, accompagnées d'un relevé d'identité bancaire. Il est précisé que l'adhésion au contrat de prélèvement reste possible à tout moment de l'année.

Comment résilier le contrat de prélèvement :

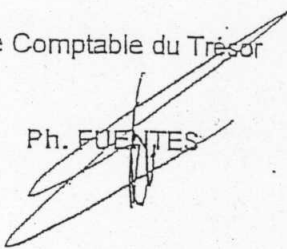
La demande de résiliation doit être notifiée au service scolaire de la commune de Bressuire par écrit, par simple courrier.

Nous vous invitons fortement à adhérer à ce moyen moderne de paiement offrant les avantages de la simplicité (pas de déplacement ni d'envoi du chèque de règlement par courrier, pas de risque d'oubli) et de la gratuité. (Les banques ne doivent pas décompter de frais lors de la mise en place du prélèvement au bénéfice des collectivités locales. Tout dysfonctionnement devra être porté à la connaissance de Monsieur le Comptable du Trésor, Hôtel des Finances, 124, Bd de Poitiers 79300 BRESSUIRE.)

Nous vous prions de recevoir nos sincères salutations.

Le Maire

J.M. BERNIER

Le Comptable du Trésor


Ph. FUENTES



DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

DESIGNATION DE L' ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

COMPTE A DEBITER			
CODES			
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

DATE :

SIGNATURE :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès du créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1/4/89 de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement

je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
-

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

COMPTE A DEBITER			
CODES			
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB

NOM ET ADRESSE DE VOTRE BANQUE OU CCP OU SE FERONT LES PRELEVEMENTS
Nom :
N° : Rue.....
Code Postal :
Ville :

DATE :

SIGNATURE :

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE).



REGLEMENT PERISCOLAIRE APS + RESTAURATION

- ❖ Je dois respecter les adultes qui m'encadrent
- ❖ Je dois écouter les consignes
- ❖ Je dois faire attention à ce que je dis (insultes)

- ❖ je dois respecter les autres camarades
- ❖ je ne dois pas me bagarrer
- ❖ je ne dois pas bousculer les autres

- ❖ je dois rester en rang et ne pas courir pour partir au restaurant scolaire
- ❖ Je ne dois pas sortir de la cour sans l'autorisation de l'adulte
- ❖ Je ne dois pas gaspiller la nourriture
- ❖ Je dois respecter le matériel (jeux, mobilier ...)

Si je ne respecte pas le règlement, le personnel d'encadrement avertira le Service Scolaire.

Sur place, le personnel sanctionnera l'enfant :

- **privé de récréation**

Suivant l'attitude et la gravité de certains faits, les parents seront informés par un courrier ou un appel téléphonique du Service Scolaire.

Pour les enfants qui récidivent, la sanction peut aller jusqu'à l'exclusion.

Le représentant légal

l'enfant

M. Le Maire