



Dossier d'inscription pour l'ensemble des activités communales

- Restaurant communal**
- Accueil périscolaire**
- Accueil de loisirs**
- Espace jeunesse**
- Eveil et motricité**
- Multisports**

Pour que votre dossier soit complet, merci de fournir :

- Fiche individuelle de l'enfant**
- Fiche famille**
- Fiche CERFA**
- Photocopie du carnet de vaccinations**
- Fiche facturation**
- Justificatif du quotient familial**
- Attestation d'assurance extrascolaire**
- Mandat de prélèvement SEPA**
(si vous choisissez le mandat par prélèvement)

Le dossier complet (Merci de vérifier les signatures sur chaque document) est à déposer lors de la soirée de confirmation d'inscription des accueils de loisirs du 13 juin (18h30-19h30 / salle de l'Aubance) ou directement dans la boîte aux lettres de la mairie avant cette date.



Commune de Mozé Sur Louet
7 rue du 22 juillet 1793 MOZÉ SUR LOUET 49610
02 41 45 31 66
mairie.mozesurlouet@wanadoo.fr

Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

Informations complémentaires

Autorise à partir seul

oui

non

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence

oui

non

Autorise la prise de photo

oui

non

Autorise la participation aux sorties scolaires

oui

non

Port de lunettes

oui

non

Port d'un appareil dentaire

oui

non

Port d'un appareil auditif

oui

non

Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires

Données complémentaires

Autorise le co-voiturage OUI - NON

Autorise photo sur FACEBOOK

Autorise photo sur Instagram

Autorise photo sur Petit Mozeen OUI - NON

Autorise photo sur site internet mairie OUI - NON

Date et signature



Fiche de la famille

Responsable

Civilité : Prénom : Nom :

Situation

Qualité* : Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : *

Employeur :

Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Organismes Tiers

N° CAF :

N° MSA :

Régime* :

* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

Autorisations

Information par mail* :

Information par SMS* :

* Oui / Non

Conjoint

Civilité : Prénom : Nom :

Situation

Qualité* : Situation familiale** :

* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles :*

Employeur :

Adresse :

* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

Autorisations

Information par mail* :

Information par SMS* :

* Oui / Non

Données complémentaires

Je reconnais avoir pris connaissance du
règlement des activités périscolaires communales.

Date et signature

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	--

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : _____

Numéros de téléphone :

Mère : _____ 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 hospitalisation.

N° de sécurité sociale _____

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS

FICHE FACTURATION

Activités périscolaires communales

Nom et Prénom de la personne à facturer :

Adresse de facturation :
.....

Noms et prénoms des enfants :

Vous relevez du régime : CAF
 MSA
 Autre régime

Numéro du Quotient Familial :

Joindre la photocopie de votre justificatif CAF ou MSA de l'année en cours.

En l'absence de votre justificatif de quotient familial, le tarif le **plus élevé** sera appliqué.

Modes de règlement (cochez votre choix) :

- En espèce auprès de la Trésorerie de Trélazé.
- Par chèque : il devra être libellé à l'ordre du Trésor Public et envoyé à la Trésorerie de Trélazé.
- Par prélèvement automatique : il convient de compléter le mandat de prélèvement SEPA et y joindre votre RIB (Si vous êtes déjà prélevé, merci de nous remettre également le mandat complété)
En cas de changement de coordonnées bancaires, merci de bien vouloir prendre contact avec le service comptabilité de la mairie.
- Par internet en vous connectant sur www.tipi.budget.gouv.fr via le site de la commune.
- Par chèque CESU préfinancé (sauf restaurant communal).

Renseignement à prendre auprès du service comptabilité de la mairie.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Facturation Activités périscolaires

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Commune de Mozé sur Louet à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Commune de Mozé sur Louet.

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 CREDANCIER SEPA

FR 98 APS 516517

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

DESIGNATION DU CREDANCIER
Nom : COMMUNE MOZÉ SUR LOUET
Adresse : 7 rue du 22 juillet 1793
Code postal : 49610
Ville : MOZÉ SUR LOUET
Pays : FRANCE

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

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

Signé à :	Signature :
Le (JJ/MM/AAAA) :	

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ÉCHÉANT) :
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 la Commune de Mozé sur Louet. 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 la Commune de Mozé sur Louet.

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.

TARIFS DES PRESTATIONS ENFANCE - JEUNESSE

délibération du conseil municipal du 17/04/2019



08/07/2019 - 31/08/2020

Activités Enfance - Jeunesse		Tarification / quotient familial		
		0 - 799	800 - 1199	+ 1200
Ecole municipale des Sports	Forfait trimestriel	19,00 €	25,00 €	32,00 €
Accueil Périscolaire	1/2 heure	0,80 €	1,07 €	1,24 €
Accueil Péricentre Mercredi				
Accueil Péricentre Vacances Site Denée				
Pénalité de retard	/ enfant	3 €		
Espace Jeunes	Adhésion annuelle	1,00 €		
Accueil de Loisirs Tarif journalier	Tarif 1 - Commune	3,57 €	5,36 €	7,13 €
	Tarif 1 - Hors commune *	5,36 €	8,02 €	10,71 €
	Tarif 2 - Commune	5,36 €	8,02 €	10,71 €
	Tarif 2 - Hors commune *	7,13 €	10,71 €	14,28 €
	Tarif 3 - Commune	7,13 €	10,71 €	14,28 €
	Tarif 3 - Hors commune *	10,71 €	16,07 €	21,42 €
	Tarif 4 - Commune	10,71 €	16,07 €	21,42 €
	Tarif 4 - Hors commune *	13,21 €	18,57 €	23,92 €
Accueil de Loisirs du Mercredi Accueil de Loisirs Site Denée Tarif journalier Mozé / Denée	Droit d'inscription AL Mercredi	8 € / enfant	11 € / enfant	14 € / enfant
	Matin sans repas	4,20 €	7,35 €	10,50 €
	Après-midi sans repas	4,20 €	7,35 €	10,50 €
	Matin avec repas	8,14 €	11,69 €	15,11 €
	Après-midi avec repas	8,14 €	11,69 €	15,11 €
	Journée (repas obligatoire)	11,55 €	14,70 €	17,85 €
Accueil de Loisirs du Mercredi Accueil de Loisirs Site Denée Tarif journalier Hors Commune	Droit d'inscription AL Mercredi	8 € / enfant	11 € / enfant	14 € / enfant
	Matin sans repas	4,60 €	8,05 €	11,50 €
	Après-midi sans repas	4,60 €	8,05 €	11,50 €
	Matin avec repas	8,34 €	12,04 €	15,61 €
	Après-midi avec repas	8,34 €	12,04 €	15,61 €
	Journée (repas obligatoire)	12,65 €	16,10 €	19,55 €
Restaurant communal			Réservé	Non réservé
Repas	0-799		3,74 €	4,58 €
	800-1199		3,99 €	4,83 €
	1200		4,11 €	4,97 €
	Hors commune		4,29 €	4,99 €
Repas Enfant Allergique	0-799		1,02 €	
	800-1199		1,31 €	
	1200		1,47 €	
	Hors commune		1,52 €	

*Pour les familles non résidentes et non contribuables sur la commune (hors personnel communal), le tarif sera majoré à la tranche supérieure, avec application du quotient familial