



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET FICHE SANITAIRE

## LES FRANCAS DU DOUBS

### SITE DE Les Francas

rue de la place 25490 DAMPIERRE-LES-BOIS

Tél : 06.87.35.31.59

e.mail : dampierrelesbois.cdl@francas-doubs.fr

Année 2024 - 2025

## I RENSEIGNEMENTS

Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :

Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe .....

Lieu d'accueil (pour les multisites) : .....

### PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Domicile/Portable :				
Courriel :				
Situation familiale :				

CAF DU DOUBS  AUTRE C.A.F.  MSA

N°Allocataire : .....

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) : .....

### PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Conformément à l'article L222-4 de la loi du 17 juillet 2001, nous informons les parents de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance pour leurs enfants couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent

Mon enfant possède une assurance  OUI  NON (si oui joindre un justificatif)

Compagnie : ..... N°de contrat : .....

## **II INFORMATIONS SANITAIRES :**

**Régime alimentaire :**  Repas du jour  Repas sans porc  Repas sans viande  Sans repas  Repas Autre

**Allergies :** .....

L'enfant possède-t-il un PAI  OUI  NON (si oui joindre une photocopie du PAI ou un justificatif médical)

**Médecin traitant Nom :** ..... **Téléphone** .....

**Adresse :** .....

Je certifie que la vaccination de mon enfant est à jour.  
Je dois fournir un justificatif (photocopie du carnet de santé ou certificat médical) sur le portail ou en main propre.  
Sans pièces justificatives votre enfant ne sera pas admis au centre.

L'enfant suit-il un traitement médical  OUI  NON (si oui joindre un justificatif médical)

**Date de dernière mise à jour du carnet de santé :** .....

**Recommandations utiles ( lunettes, autre ...)** .....  
.....

**Autorisations :**

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités. OUI  NON

L'enfant sait-il nager ? OUI  NON  Piscine autorisée : OUI  NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI  NON

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI  NON

---

**Certifications et autorisations parentales :**

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du centre de loisirs périscolaire, je soussigné, responsable légal de l'enfant inscrit :

- 1) autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs,
- 2) certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- 3) décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre de loisirs périscolaire,
- 4) autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- 5) dégage l'association de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux...)
- 6) certifie avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur joint ainsi que les conditions d'utilisations.

**Réglementation RGPD : (Réglementation Générale sur la Protection des Données)**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'association des Francas du Doubs, le temps des loisirs pour l'inscription de votre (vos) enfant(s) dans une de nos structures d'accueil et qui constitue la base légale du traitement des informations personnelles. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : CAF du Doubs, services de gestion administrative des Francas du Doubs, le temps des loisirs et potentiellement les collectivités partenaires. (Commune, services de l'état, SDJES, EPCI, conseil départemental, conseil régional) Les données sont conservées pendant la durée de présence de votre (vos) enfant(s) dans une de nos structures et pendant 5 ans dans le cadre de la justification de la réalité de l'activité auprès des financeurs et des autorités de tutelle. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour toutes questions ou informations complémentaires, vous pouvez envoyer une demande à l'adresse suivante : [delegation-departementale@francas-doubs.fr](mailto:delegation-departementale@francas-doubs.fr)

Fait à ....., le ..... **Signature :**

# **ADHÉREZ AU PRÉLÈVEMENT dès votre prochaine facture**

**L'adhésion au prélèvement vous offre une tranquillité d'esprit (vous n'avez plus de courrier à envoyer) et l'assurance de payer dans les délais.**

**Vos factures vous sont toujours adressées et vous connaissez à l'avance la date et le montant exact du prélèvement.**

**Sauf avis contraire de votre part, votre contrat de prélèvement sera automatiquement reconduit.**

**Si vous changez de compte ou d'agence bancaire, vous transmettez simplement un nouveau relevé d'identité bancaire à votre collectivité.**

**Pour adhérer au prélèvement dès votre prochaine facture, il suffit de compléter le formulaire au dos, le dater et signer et le retourner à la collectivité accompagné d'un relevé d'identité bancaire.**

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **Commune de Dampierre les Bois** 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 Dampierre les Bois**.

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 CRÉANCIER SEPA

FR

## DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

## DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : **Commune de Dampierre les Bois**

Adresse : Grande Rue

Code postal : 25490

Ville : DAMPIERRE LES BOIS

Pays :

## DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME 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 **Commune de Dampierre les Bois**. 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 **Commune de Dampierre les Bois**.

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.