

OU DE CHANGEMENT DE COORDONNEES BANCAIRES

Afin que votre demande soit prise en compte, il est impératif de :

1. Compléter l'Intégralité des deux volets de ce formulaire et de les signer
2. Joindre en même temps un Relevé d'Identité Bancaire (RIB IBAN)
3. Adresser l'intégralité de ce document à l'adresse suivante :

Mairie – BP 1 – Place Joseph Le Clanche – 56400 LE BONO

AUTORISATION DE PRELEVEMENT –exemplaire réservé au créancier

J'autorise l'établissement teneur de ce compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de LE BONO. 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 la Mairie de LE BONO

N° NATIONAL D'EMETTEUR : 607934

Titulaire du compte – Nom/prénom		Etablissement du teneur de compte à débiter - Banque	
Adresse		Adresse	
CP	VILLE	CP	VILLE

Désignation du compte à débiter :

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB

Date et signature OBLIGATOIRE :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès du créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80-10 du 01/04/1980 de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

<-----

AUTORISATION DE PRELEVEMENT –exemplaire réservé à votre banque

J'autorise l'établissement teneur de compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de LE BONO. 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 la Mairie de LE BONO

N° NATIONAL D'EMETTEUR : 607934

Titulaire du compte - Nom/Prénom		Etablissement du teneur de compte à débiter - Banque	
Adresse		Adresse	
CP	VILLE	CP	VILLE

Désignation du compte à débiter :

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB

Date et signature OBLIGATOIRE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

Tél :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

PRÉNOM.....

TÉL. FIXE:

PORTABLE : BUREAU :

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
				Autres (préciser)	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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 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 MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION)
EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

.....

.....

.....

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, transport...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :