



## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE (Obligatoire)

Numéro de contrat : ..... Nom de l'assureur : .....

## ACCUEIL POUR TOUS (HANDICAP)

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées ? Oui:  Non:

Si oui, percevez-vous pour votre enfant l'Allocation Éducation Enfant Handicapé (AEEH) ? Oui:  Non:

Si oui, joindre la copie de la notification de perception de l'AEEH

## PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT, EN PLUS DES RESPONSABLES LÉGAUX

Minimum : 1 personne Maximum : 4 personnes

Nom et prénom	Lien de parenté	Adresse	Tél. domicile	Tél. portable	Tél. travail

## AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, .....agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

- l'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans)

• POUR l'A.L.S.H. Oui:  Non:  • POUR l'A.L.A.E. Oui:  Non:

- les personnes suivantes (autres que les parents) à venir chercher l'enfant : (frères / sœurs de plus de 6 ans)

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone

## DROIT À L'IMAGE ET À LA VOIX

Le représentant légal autorise  ou n'autorise pas  Le Muretain Agglo à réaliser, pendant les activités de la structure, des prises de vues et enregistrements sur lesquels figure ou est entendu l'enfant inscrit. Il autorise la collectivité à utiliser durant toute la scolarité de l'enfant librement ces photographies ou enregistrements, à l'usage exclusif, sans demander de rémunération ni droits pour leur utilisation quel que soit le support (support de présentation, brochure, publications, site Internet, réseaux sociaux, expositions et vidéos). Ces captations de l'image ou de la voix ne pourront être cédées et ne feront en aucun cas l'objet de diffusion, de modification ou d'utilisation commerciale. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ou enregistrements ne devront pas porter atteinte à l'image ou à la réputation de l'enfant.

Nous soussignés, .....  
responsables légaux de l'enfant .....

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure, (disponible sur [www.agglo-muretain.fr](http://www.agglo-muretain.fr))

- autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant,

- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,

- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile hors temps scolaire et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,

- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Signatures

Fait à, ..... le ..... Responsable légal 1 ..... Responsable légal 2 .....

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

## Type de contrat : Récurrent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Muretain Agglo à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Muretain Agglo.

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.

La Référence Unique de Mandat est disponible sur les factures éditées par le Muretain Agglo.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

**FR 90 ZZZ 522578**

### DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

### DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : MURETAIN AGGLO

Adresse : 8 BIS AVENUE VINCENT AURIOL  
CS 40029

Code postal : 31600

Ville : MURET CEDEX

Pays : FRANCE

DATE :

Signature :

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

(au format IBAN BIC)

Merci d'envoyer ce document complété + RIB à l'adresse mail suivante : [czam@agglo-muretain.fr](mailto:czam@agglo-muretain.fr)

### Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Muretain Agglo. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec le Muretain Agglo.

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.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

Année scolaire 2025 2026

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DES VACCINATIONS A JOUR DE VOTRE ENFANT**

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.**

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui précisez**  oui  non

**Si votre enfant répond d'une procédure PAI, veuillez vous adresser à la Direction de l'école puis à la Direction de l'ALAE.**

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL. DOMICILE : ..... / ..... / ..... TEL. TRAVAIL : ..... / ..... / .....

TEL. PORTABLE : ..... / ..... / ..... / .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL. DOMICILE : ..... / ..... / ..... TEL. TRAVAIL : ..... / ..... / .....

TEL. PORTABLE : ..... / ..... / ..... / .....

NOM MEDECIN TRAITANT : .....

TEL. MEDECIN TRAITANT : ..... / ..... / ..... / .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :