



## Association ADMR - A Ghjira Cozzano

# FICHE D'IDENTIFICATION

DATE : .....

**Enfant :**

NOM : .....

PRENOM : .....

Né le : .....

A : .....

Ecole .....de

Classe :

.....

Adresse de résidence de l'enfant :

.....  
.....

**Le Père :**

**La Mère :**

<p><b>NOM :</b> .....</p> <p><b>Prénom :</b> .....</p> <p><b>Profession :</b> .....</p> <p><b>Tél. Professionnel :</b> .....</p> <p><b>Tél. Domicile :</b> .....</p> <p><b>Portable :</b></p>
---

<p><b>NOM :</b> .....</p> <p><b>Prénom :</b> .....</p> <p><b>Profession :</b> .....</p> <p><b>Tél. Professionnel :</b> .....</p> <p><b>Tél. Domicile :</b> .....</p> <p><b>Portable :</b> .....</p> <p><b>Adresse :</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

Situation de famille :

.....

Responsable légal de l'enfant :

Les deux parents sont-ils autorisés à prendre en charge l'enfant ?  OUI  NON

Nombre d'enfants scolarisés à.....:

.....

NOM ENFANTS	PRENOM ENFANTS	DATE DE NAISSANCE	CLASSE



**PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE LE OU LES ENFANTS EN  
FIN DE JOURNEE**

En dehors des parents, nous demandons aux tiers autorisés à récupérer les enfants  
de nous présenter leur pièce d'identité

**En cas de modification de cette liste, nous vous demandons de nous  
en tenir informer immédiatement**

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	LIEN avec l'enfant (parents, amis des parents, voisins,..)



## FICHE SANITAIRE

### N° ☎ DES PARENTS :

- ☛ travail madame :
- ☛ mobile madame :
- ☛ travail monsieur :
- ☛ mobile monsieur :

### En cas de problème, le salarié s'engage à prévenir les parents et à défaut :

Nom : .....

Tél : .....

Nom du médecin qui suit régulièrement les enfants : .....

L'enfant a-t-il un traitement particulier ?  OUI  NON

L'enfant est-il allergique à certaines substances ?  OUI  NON

Si oui, lesquelles ? .....

.....

.....

### Vaccinations obligatoires : (cf copies obligatoires)

DTP : année : .....

### Recommandées :

- BCG chez les enfants à risque (à discuter avec le médecin traitant de l'enfant)

Année :

- ROR (rougeole, oreillons, rubéole)

Année :

- Vaccins contre la coqueluche :

Année :

- Autres :

Année :

Autorisation d'intervention en cas d'urgence médicale : document à remplir et à signer par la famille (ci-joint)



## AUTORISATION D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Madame, Monsieur ..... autorisent (1)  
N'autorisent pas (1)

L'équipe du centre hospitalier de .....  
.....

A pratiquer tous soins urgents, y compris une intervention chirurgicale sur l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Confié(s) à l'Accueil Collectif de Mineurs A Ghjira: .....

(1) rayer la mention inutile

à ..... le .....

Signature des parents :

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

*Paiement récurrent/ répétitif*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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 et contesté.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

## CREANCIER

**F R 8 2 Z Z Z 3 9 5 4 5 8**

Identifiant du créancier : ICS

Nom : **FEDERATION ADMR**

Adresse : **VILLA ISABELLE**

Adresse : **8 RUE ROSSI**

**20000**

Code postal

**AJACCIO**

Ville

**FRANCE**

Pays

## DEBITEUR

Veuillez compléter les champs marqués \*

\* Nom/prénom :

\* Adresse :

\* Adresse :

\*Code postal

Ville

\*Pays

\*Coordonnées de votre compte **IBAN** (numéro d'identification international de votre compte bancaire)

\*Code international d'identification de votre banque : **BIC**

Signature (s) :

Fait à

Le

### Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - (fournies seulement à titre indicatif)

- Code identifiant du débiteur \_\_\_\_\_  
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
- Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) :  
 Nom du tiers débiteur (1) \_\_\_\_\_ Code identifiant du tiers débiteur \_\_\_\_\_  
 Nom du tiers créancier (2) \_\_\_\_\_ Code identifiant du tiers créancier \_\_\_\_\_
- Contrat concerné :  
 Description du contrat \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du contrat \_\_\_\_\_

### Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

➤ Référence unique du mandat : **RUM**

➤ Numéro de dossier Colibri \_\_\_\_\_

➤ Code Créancier \_\_\_\_\_

(1) A renseigner si votre paiement concerne un accord passé entre le créancier et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'un parent), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

(2) Le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.