



MAIZIERES - ERNES - ROUVRES

38 Rue Du Major STYFFE 14190 MAIZIERES

Mail : [sivos.mer@laposte.net](mailto:sivos.mer@laposte.net)

Permanence du SIVOS MER : le lundi et le jeudi de 9h à 12h.

## **Pour la Rentrée scolaire** **2024/2025**



### **POUR LES NOUVELLES INSCRIPTIONS :**

Vous devez faire l'inscription de votre enfant né en 2021 dès le mois d'avril et jusqu'au 31 mai 2024, à la permanence du SIVOS MER et, ensuite à l'école.

Vous devez remplir l'intégralité du présent dossier qui vous est remis par le secrétariat du SIVOS MER accompagné des documents suivants :

- votre livret de famille, de votre carte d'identité ou d'une copie d'extrait d'acte de naissance de l'enfant ou tout autre document prouvant son identité et la filiation,
- un justificatif récent de domicile (moins de 3 mois),
- une pièce d'identité du tuteur légal et attestation du Conseil Départemental pour les enfants en famille d'accueil.
- le certificat de radiation délivré par l'établissement fréquenté, si changement d'école.

Le SIVOS MER vous délivrera un certificat, pour ensuite, faire l'inscription à l'école (sans ce papier, l'école ne peut inscrire votre enfant). Prendre le rendez-vous d'inscription à l'école auprès de Madame YVINEC Audrey, Directrice, au 02 31 90 25 84.

L'inscription au transport scolaire s'effectue directement sur le site :

<https://www.normandie.fr/transport-scolaire>

Mme la Présidente,  
Mme GUICHET-LEBAILLY Sabine



## CHARTE DES VALEURS

Quelques règles de base du « bien vivre ensemble » sont à suivre et à **respecter par tous, enfants, parents et personnel du SIVOS MER** afin que la cantine, la garderie et le transport scolaire se passent au mieux.

Nous ne vivons pas seuls mais avec les autres. Pour que cette cohabitation se passe bien, tout le monde doit appliquer des règles de politesse et de civilité. Ces règles concernent le respect des autres, le respect des choses, le respect des lois et le respect de soi :

- Être poli dans nos paroles \_ Être poli dans nos gestes
- Accepter tout le monde et aider les plus fragiles. Ne pas faire de mal aux autres
- Être honnête
- Ne pas abîmer les choses qui nous entourent
- Respecter les règles et les lois
- Avoir une bonne hygiène et une tenue correcte

La Charte des valeurs du SIVOS MER à laquelle est adossé le Règlement Intérieur du « Bien vivre ensemble » est élaborée collectivement avec les enfants de la garderie, de la cantine et du bus scolaire.

Les parents qui le souhaitent sont invités à se faire connaître et à partager cette réflexion avec nous.

### COUPON À REMPLIR ET À RETOURNER AU SIVOS MER



## REGLEMENT INTERIEUR DU SIVOS MER

1- En cas de signalement répété d'un comportement non approprié et dans un premier temps, la Présidente du SIVOS MER prendra l'enfant en entretien en présence de l'agent communal témoin, pour essayer de régler le problème directement avec lui.

2- Si cela s'avère inefficace, les parents ou les familles seront informés et invités, en présence de l'enfant et de l'agent ayant constaté le comportement, à un rendez-vous de conciliation pour une seconde tentative de règlement à l'amiable

3- Si la situation perdure, une exclusion temporaire ou définitive de la cantine, la garderie ou du bus scolaire pourra être prononcée à l'encontre de l'enfant.

Je soussigné(e), M. Mme ....., parents de l'élève ....., déclare avoir pris connaissance et être en accord avec la Charte des valeurs et avec le Règlement Intérieur du SIVOS MER ci-dessus.

À Maizières, Ernes ou Rouvres, le : .....

*Signature des 2 parents ou du responsable légal, précédée de la mention « lu et approuvé ».*



**FICHE D'INSCRIPTION SIVOS MER**  
**CANTINE – GARDERIE 2024/2025**  
 À remettre au secrétariat du syndicat scolaire  
 Permanence lundi et jeudi de 9h à 12h30  
 Tél : 02 31 90 82 38



Age : ..... Classe fréquentée à la rentrée 2024/2025 : .....  
 ELEVE :  
 Nom : ..... Prénoms : .....  
 Né(e) le : ..... à : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....

**REPRESENTANT LEGAL OU ASSISTANT FAMILIAL :**

Situation Familiale :  Mariés  En couple  Divorcés  Séparé  Autres : .....

|  | Parent 1  | Parent 2  | Assistant(e) Familial(e)                                  |
|--|---|---|---|
| Nom  |   |   |   |
| Prénom                                       |   |   |   |
| Adresse                                      |   |   |   |
| Code Postal                                  |   |   |   |
| Commune                                      |   |   |   |
| Téléphone portable                           |   |   |   |
| Téléphone fixe                               |   |   |   |
| Email  |   |   |   |
| Profession                                   |   |   |   |
| Employeur :                                  |   |   |   |
| Nom  |   |   |   |
| Adresse                                      |   |   |   |
| Téléphone                                    |   |   |   |
| N° Sécurité Sociale :                        |   |   |   |
| Adresse Caisse de rattachement               |   |   |   |
| Parent de rattachement à l'assurance maladie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| N° CAF :                                     |   |   |   |

À la Rentrée 2024/2025, votre enfant fréquentera t'il :

**LA GARDERIE :** LE MATIN :  OUI  NON LE SOIR :  OUI  NON  
**LA CANTINE :**  LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI  OCCASIONNEL

**AUTORISATION DE PRISE DE VUE sur le temps de garderie ou de la cantine (activités, Repas de NOËL...)**

J'autorise que mon enfant : ..... soit pris en photo pendant les activités périscolaires (garderie) ou sur le temps de la cantine.  
 Je n'autorise pas que mon enfant : ..... soit pris en photo pendant les activités périscolaires (garderie) ou sur le temps de la cantine.

**ASSURANCE SCOLAIRE :**

Numéro d'assuré : .....  
 Nom et adresse de l'organisme : .....

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT : (Dans ce cas, bien vouloir présenter une pièce d'identité)**

|   | Personne 1  | Personne 2  | Personne 3  |
|---|---|---|---|
| Nom   |   |   |   |
| Prénom  |   |   |   |
| Lien avec l'enfant  |   |   |   |
| Adresse   |   |   |   |
| Code Postal   |   |   |   |
| Commune   |   |   |   |
| A appeler en cas d'urgence                                | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Autorisé à prendre l'enfant                               | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Susceptibles de vous prévenir rapidement en cas d'urgence | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Téléphone portable  |   |   |   |
| Téléphone fixe  |   |   |   |

**FICHE SANITAIRE**

**VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES ET RECOMMANDÉS   | OUI + DATES OU DERNIERS RAPPELS | NON |
|---|---------------------------------|-----|
| Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus Influenzae b et Hépatite B |                                 |     |
| Pneumocoques  |                                 |     |
| Méningocoques de type C   |                                 |     |
| Rougeole, Oreillons, Rubéoles (ROR)   |                                 |     |
| Fièvre jaune (Guyane)   |                                 |     |
| Tuberculose (BCG)   |                                 |     |

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année :  OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

J'autorise les encadrants des temps périscolaires à donner le traitement à mon enfant :  OUI  NON

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cochez les case concernées)

| RUBÉOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ                               | SCARLATINE  |
|---|---|---|---|---|
| <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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGOLE   | OREILLONS   |   |
| <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 |   |

Régime Alimentaire :  OUI  NON (si oui, laquelle : .....

Allergies : .....

PAI :  OUI (fournir les documents nécessaires)  NON

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom du médecin traitant : ..... Tél : .....

Exercant à : .....

Autorisation d'hospitalisation et /ou d'urgences médicales : OUI NON

Je soussigné(e) : ..... Responsable légal de l'enfant, déclare :

Confirmer l'exactitude des renseignements transcrits ci-dessus

Fait à : ..... Le : .....

|  |  |  |
|--|--|--|
| Parent 1 :<br><i>Précédée de la mention « lu et approuvé »</i> | Parent 2 :<br><i>Précédée de la mention « lu et approuvé »</i> | Signature des parents ou du représentant légal :<br><i>Famille d'accueil :<br/>Précédée de la mention « lu et approuvé »</i> |
|--|--|--|





FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
Règlement CANTINE - GARDERIE 2024/2025

ELEVE :

NOM ..... PRENOM .....  
DATE DE NAISSANCE ..... CLASSE FREQUENTEE .....

**MODE DE PAIEMENT POUR LE REGLEMENT DE VOS FACTURES :**

- La facturation sera traitée une fois par mois à terme échu, puis transmise aux familles.  
Merci de cocher la case correspondante à votre choix.
- Le paiement sera prélevé par la Trésorerie de Falaise : Merci de remplir le mandat de prélèvement SEPA et d'y joindre un relevé d'identité bancaire (RIB).
- Possibilité de régler la facture directement à la trésorerie (par chèque ou en espèces) ou par voie postale (par chèque) ou par paiement internet (TIP)

En cas de rejet de prélèvement, compte non-approuvé, le paiement se fera par chèque, par voie postale ou directement à la trésorerie. En cas de non-paiement, le Trésor Public est autorisé à engager des procédures permettant le recouvrement des sommes impayées.

Je reconnais avoir pris connaissance du nouveau règlement intérieur pour le règlement de la Cantine et de la Garderie et l'accepter.

Date .....

|   |   |
|---|---|
| NOM ET PRENOM PARENT 1 OU TUTEUR:<br><i>Signature précédée de la mention « lu et approuvé »</i> | NOM ET PRENOM PARENT 2 OU TUTEUR:<br><i>Signature précédée de la mention « lu et approuvé »</i> |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| <b>MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</b>  |   |
| Référence unique du mandat :<br>(zone réservée à la collectivité)  |   |
| <b>IDENTIFIANT CREANCIER SEPA</b>  |   |
| <b>FR48ZZZ835A40</b>   |   |
| <b>Type de contrat : SEPA CORE DIRECT DEBIT</b>  |   |
| En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SIVOS MER - MAIZIERES ERNES ROUVRES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de le SIVOS MER - MAIZIERES ERNES ROUVRES. |   |
| 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 :<br>- dans les 8 (huit) semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé<br>- sans tarder et au plus tard dans les 13 (treize) mois en cas de prélèvement non autorisé                         |   |
| <b>DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER</b>  | <b>DESIGNATION DU CREANCIER</b>   |
| Nom et prénom :<br>Adresse :<br>Salle adresse :<br>Code postal :<br>Commune :<br>Pays :  | Nom : SIVOS MER - MAIZIERES ERNES ROUVRES<br>Adresse : Mairie Le Bourg<br>Code postal : 14190<br>Commune : MAIZIERES<br>Pays : FRANCE |
| <b>DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER</b>   |   |
| IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)   |   |
| IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)   |   |
| Type de paiement : <input type="checkbox"/> Paiement récurrent / répétitif<br><input type="checkbox"/> Paiement ponctuel   |   |
| Signé à :<br>le (JJ/MM/AAAA) :   |   |
| <b>DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHÉANT)</b>  |   |
| Nom et prénom du tiers débiteur :  |   |
| <b>Signature</b>   |   |

**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 le SIVOS MER - MAIZIERES ERNES ROUVRES.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque.

Je réajurai le différé avec le SIVOS MER - MAIZIERES ERNES ROUVRES.

Les informations connues dans le présent mandat, qui ont été complètes, sont utilisées à titre ultérieur 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'ajout 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.