

# DOSSIER MEDICAL DE L'ELEVE

NOM.....PRENOM.....

## ALLERGIES (Médicaments, aliments, animaux, ...)

.....  
.....  
.....

REGIME ALIMENTAIRE : VEGETARIEN  SANS PORC  STANDARD

Bilan réalisé par un(e) ophtalmologue : \_\_\_\_\_  OUI  NON

Lunettes / Lentilles : \_\_\_\_\_  OUI  NON

Bilan réalisé par un(e) ORL : \_\_\_\_\_  OUI  NON

Appareil auditif : \_\_\_\_\_  OUI  NON

Bilan réalisé par un(e) orthophoniste : \_\_\_\_\_  OUI  NON

Dispositif spécifique : \_\_\_\_\_  OUI  NON

Bilan réalisé par un(e) psycho-motricien(ne) : \_\_\_\_\_  OUI  NON

Handicap : \_\_\_\_\_  OUI  NON

## OBSERVATIONS / AUTRES PROBLEMES DE SANTE :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## MEDECIN TRAITANT :

Nom / Prénom / Cabinet.....

Adresse.....

Numéro de téléphone.....

## PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (hors responsables légaux)

Nom/PrénomTéléphone.....

Nom/PrénomTéléphone.....

Je soussigné(e) :.....

atteste(nt) de l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à :..... le..... Signature obligatoire de l'ensemble des responsables légaux :

## **AUTORISATION POUR LES SORTIES EN GROUPE**

Je soussigné(e):

.....

Demeurant à: .....

En qualité de: .....

Déclare autoriser mon enfant: ..... à participer  
à toutes les sorties organisées par l'école "Montessori Colors".

## **PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

Je soussigné(e): .....

Demeurant à: .....

En qualité de: .....

Déclare autoriser les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom Téléphone.....

Nom/Prénom Téléphone.....

Nom/Prénom Téléphone.....

Nom/Prénom Téléphone.....

## **DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e): ..... autorise expressément la  
diffusion de photos de mon enfant .....

✓ Sur la plateforme educartable accessible uniquement aux parents et personnels de  
l'école, sans dissimulation du visage.

✓ Sur les réseaux sociaux de l'école, avec dissimulation du visage.

Fait à : ..... Le .....

Signature précédée de la mention « *Je déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des documents présents et n'émet aucune réserve concernant le règlement intérieur de l'école, l'autorisation des sorties en groupe ainsi que l'autorisation du droit à l'image* ».

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

# MOYEN DE PAIEMENT : (à cocher et remplir)



PRELEVEMENT SEPA :

<b>MANDAT de Prélèvement SEPA</b>		Nom du créancier et logo
SARL MONTESSORI COLOURS		
Référence unique du mandat		
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CRÉANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CRÉANCIER). 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, - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Veuillez compléter les champs marqués *		
Votre Nom	* .....	1
	Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	* .....	2
	Numéro et nom de la rue	
	* [ ][ ][ ][ ]	3
	Code Postal	Ville
	* .....	4
	Pays	
Les coordonnées de votre compte	* [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]	5
	Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	* [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	6
	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	* <b>SARL MONTESSORI COLOURS</b>	7
	Nom du créancier	
	* <b>FR76 1780 7000 4085 4218 6710 676</b>	8
	Identifiant du créancier	
	* <b>68, RUE DE MAUBEC</b>	9
	Numéro et nom de la rue	
	* <b>31300</b>	10
	Code Postal	* <b>TOULOUSE</b>
		Ville
	* <b>FRANCE</b>	11
	Pays	
Type de paiement	* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/>	12
		Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
Signé à	* .....	13
	Lieu	Date : JJ/MM/AAAA
Signature(s)	Veuillez signer ici <input type="text"/>	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.



VIREMENT BANCAIRE :

Relevé d'identité bancaire / Bank details statement				
IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identification Code)		
<b>FR76 1780 7000 4085 4218 6710 676</b>		<b>CCBPRPPTLS</b>		
Code Banque	Code Guichet	N° du compte	Clé RIB	Domiciliation/Paying Bank
<b>17807</b>	<b>00040</b>	<b>85421867106</b>	<b>76</b>	<b>BPOC DEMOISELLES</b>



CHEQUE :



ESPECE :