



Partie réservée à la Mairie

Nom :

Prénom :

○ Dossier enregistré le : ____/____/____

par : SR SM

○ Courrier code abonné envoyé par mail le

____/____/____

1 DOSSIER PAR ENFANT

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

20__-20__

Accueil périscolaire - Restauration scolaire

Ce Dossier Unique d'Inscription a pour objectif de simplifier les démarches administratives pour l'inscription de votre enfant aux activités périscolaires ci-dessus. Il est à déposer :

Accueil Périscolaire

6, rue du Moulinet d'Hardemare

41130 SELLES SUR CHER

Tél. 02 54 97 54 68

Courriels : responsable-aps@selles-sur-cher.fr / cme@selles-sur-cher.fr

Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi

7h30/12h – 13h30/18h30

Mercredi

8h30/12h30 – 13h15/17h

Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité

Documents à fournir obligatoirement

- photocopie du livret de famille (pages des parents et du/des enfant(s))
- photocopie de l'attestation de Quotient Familial
- photocopie du carnet de vaccinations mentionnant les noms et prénoms de l'enfant
- photocopie de l'attestation de responsabilité civile
- Décision de justice éventuelle
- RIB
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Demande de prélèvement SEPA uniquement pour les services de restauration scolaire et l'accueil périscolaire, le cas échéant
- Une photographie récente de l'enfant

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 1/3

Parents

Représentant légal

1

Lien de parenté : _____

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____

Tél portable : _____

Adresse mail (obligatoire pour recevoir votre mot de passe): _____

Employeur (nom et adresse) : _____

Tél. travail : _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

Représentant légal

2

Lien de parenté : _____

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____

Tél portable : _____

Adresse mail (obligatoire pour recevoir votre mot de passe): _____

Employeur (nom et adresse) : _____

Tél. travail : _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

Redevable (personne qui règle les factures, parmi les 2 ci-dessus) :

Représentant légal 1 :

Représentant légal 2 :

Situation des parents :

Célibataire

Concubinage

Pacsés

Mariés

Divorcés

Séparés

Veuf(ve)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 2/3

Enfant

Nom et prénom (s) : _____ Fille Garçon

Né(e) le : _____ à : _____

Établissement fréquenté : Champ de Mai Moulinet Jules Ferry

Classe : Toute petite section petite section moyenne section Grande section

CP CE1 CE2 CM1 CM2 ULIS

Assurance :

Assurance responsabilité civile : _____

Numéro de contrat : _____

Nom et adresse de l'assureur : _____

Autorisations :

(Personnes autorisées à prendre en charge votre enfant, autres que les représentants légaux)

Nom et prénom : _____

Tél. : _____ Lien de parenté : _____

Nom et prénom : _____

Tél. : _____ Lien de parenté : _____

Nom et prénom : _____

Tél. : _____ Lien de parenté : _____

Nom et prénom : _____

Tél. : _____ Lien de parenté : _____

Nom et prénom : _____

Tél. : _____ Lien de parenté : _____

Nom et prénom : _____

Tél. : _____ Lien de parenté : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - 3/3

Autorisations de sortie :

J'autorise mon enfant à rentrer seul au domicile après les activités périscolaires :

Oui Non

Signature du représentant légal 1 :

Signature du représentant légal 2 :

Droits à l'image :

Dans le cadre des activités périscolaires, d'évènements municipaux ou associatifs, votre enfant pourra être photographié et/ou filmé. Ces images pourront être utilisées afin d'illustrer les différents supports de communication municipaux (site web, page Facebook, bulletin municipal,...).

Autorisez-vous que ces images soient diffusées : Oui Non

Signature du représentant légal 1 :

Signature du représentant légal 2 :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, appareil dentaire, prothèses auditives, autres,...) ?

Oui Non Précisez : _____

Notez les recommandations utiles : _____

FICHE SANITAIRE 1/2

Les informations relatives à la Fiche Sanitaire peuvent être communiquées au Service APS sous pli confidentiel.

Renseignements médicaux :

Nom du médecin traitant : _____ Tél : _____

Vaccinations : en vertu des articles L.311-2 et L.311-3 du Code de la santé publique, la vaccination obligatoire est le **D.T.-POLIO** contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Date du dernier rappel D.T.-POLIO : _____

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre impérativement un certificat médical de contre-indication.

▶ Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
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 <input type="checkbox"/>

Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
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"/>

▶ Allergie ou maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier (protocole d'accueil individualisé – PAI) :

- Allergie alimentaire : Oui Non

Précisez : _____

Aliments interdits : _____

- Allergie autre (animaux, pollens, médicament...) : Oui Non

Précisez : _____

- Maladie chronique (diabète, asthme...) : Oui Non

Précisez : _____

Précisez la conduite à tenir en cas d'allergie : _____

▶ Pratique(s) alimentaire(s) :

Sans porc

Sans viande

Autre (précisez) : _____

FICHE SANITAIRE 2/2

En cas de mise en place d'un PAI nécessitant des médicaments, merci de joindre une ordonnance récente et de fournir les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine, y compris la notice, marqués au nom de votre enfant. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération...) et autres antécédents médicaux ou chirurgicaux et les précautions à prendre : _____

Je soussigné(e), _____,

responsable légal(e) de l'enfant _____,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise les responsables des accueils à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et autorise sa participation aux activités des différents temps

Signature du représentant légal 1 :

Signature du représentant légal 2 :

PRÉVISIONS À L'ANNÉE

<u>SERVICES</u>	Forfait mensuel	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
Restaurant scolaire ▪ À partir du : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil du matin (dès 7h30) – Occasionnel Matin						<input type="checkbox"/>
Accueil du matin (dès 7h30) – Forfait Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accueil du soir (16h20 à 18h30) – Occasionnel Soir						<input type="checkbox"/>
Accueil du soir (16h20 à 18h30) – Forfait Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accueil du matin et du soir – Forfait Matin-Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RAPPEL : toute réservation aux services APS et restaurant scolaire doit être effectuée au moins 48h avant la date souhaitée. Passé ce délai, AUCUNE réservation ne pourra être prise en compte.



Si le redevable (personne qui règle la facture) pour certains services est différent de celui déclaré en Page 2, merci de renseigner ce cadre.

Les services que j'ai cochés ci-dessous sont à facturés (le 10 de chaque mois) à :

représentant légal 1 Restaurant Scolaire Accueil Périscolaire
 représentant légal 2 Restaurant Scolaire Accueil Périscolaire

Nous soussignés, M. _____ et Mme _____, certifions exacts les renseignements portés sur ce document.

Fait à : _____ le : _____

Signature du représentant légal 1 :

Signature du représentant légal 2 :

TRANSPORT SCOLAIRE

La compétence concernant les transports scolaires appartient désormais à la Région Centre-Val de Loire.

Pour procéder à une nouvelle inscription ou au renouvellement de votre carte la démarche est à effectuer par vos soins via internet à l'adresse suivante :

<https://www.remi-centrevalde Loire.fr/transports-scolaires/inscriptions/>

Créez votre compte ou connectez-vous grâce à votre numéro de dossier et votre mot de passe.

Le règlement des frais de dossier est à effectuer directement en ligne par carte bancaire.

Mon enfant fréquentera-t-il le transport scolaire, si oui quel circuit et quel point de montée ?

Circuit N° 1:

Collège Centre de Loisirs Cité Mermoz Bezaine Mardelles / Nouïes
36 Rue des Mardelles Saugirard Turpinay Bas Bourgeau Rue de L'Industrie

Circuit N°2:

Place des Roseaux Avenue Cher Sologne Château d'eau Place du Carroir

Taxi Champcol

Champcol - Grande rue Rue de la Collinière

Autorisations de rentrer seul au domicile:

J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'arrêt de bus au domicile (**NON AUTORISÉ** pour les maternelles) :

Oui Non

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

**MAIRIE DE SELLES-SUR-CHER
(Service comptabilité)
1 PLACE CHARLES DE GAULLE
41130 SELLES-SUR-CHER**

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Trésor Public de Contres à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **la Mairie de Selles-sur-cher**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter
Nom Prénom : (*) _____
Adresse : (*) _____ _____
Code postal : (*) _____
Ville : (*) _____
Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA :
Nom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

BIC

IBAN

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :

*Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

PRÉLÈVEMENTS LE 10 DE CHAQUE MOIS, AVEC UN DÉCALAGE DE FACTURATION DE 2 MOIS (PAR EXEMPLE : FACTURATION DE SEPTEMBRE À PAYER EN NOVEMBRE)