



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

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 - 2/2

### 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 - 2/2

### 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"/>				

Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
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

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

**INSCRIPTIONS VIA LE PORTAIL FAMILLE :**  
**famille.selles-sur-cher.fr**



*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://crcval.pegaseweb-inetum.services/crcval\\_41/usager/](https://crcval.pegaseweb-inetum.services/crcval_41/usager/) en créant votre compte ou en vous connectant 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.

Afin de permettre une organisation optimale du service de transport scolaire, merci de nous indiquer quel circuit et quel point de montée seront fréquentés par votre enfant :

**(attention, cela ne vaut pas inscription au service de transport scolaire - voir ci-dessus)**

**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 : FACTURE DE SEPTEMBRE À PAYER EN NOVEMBRE)**