

DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE
ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019

PHOTO
D'IDENTITÉ

À REMETTRE AU SERVICE DES AFFAIRES SCOLAIRES
3 RUE DE L'HÔTEL DE VILLE - 85 440 TALMONT SAINT HILAIRE

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

Copie de la carte d'identité des représentants légaux	Attestation d'assurance de l'année en cours
Copie intégrale du livret de famille	Fiche sanitaire
Justificatif de domicile -3 mois	Copie du vaccin DTP
Certificat de radiation	Jugement ou ordonnance mentionnant l'état de la garde de l'enfant
Mandat de prélèvement SEPA (joindre un RIB)	

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Établissement : _____ Classe : _____
 PAYRÉ ÉMILIE CHARRIER SAINT PIERRE NDAME DE BOURGENAY

FOYER

Situation familiale :

Célibataire Vie maritale Divorcée Garde alternée
 Mariée Séparée Veuf

Responsable légal 1 :

Père Mère Autre : _____
 Nom Prénom _____
 Adresse : _____
 Tél domicile : _____
 Tél portable : _____
 E mail : _____
 Profession : _____
 Employeur, lieu d'activité : _____
 Tél pro : _____
 Régime allocataire : CAF MSA
 N° allocataire (ou joindre attestation) : _____

Responsable légal 2 :

Père Mère Autre : _____
 Nom Prénom : _____
 Adresse : _____
 Tél domicile : _____
 Tél portable : _____
 E mail : _____
 Profession : _____
 Employeur, lieu d'activité : _____
 Tél pro : _____
 Régime allocataire : CAF MSA
 N° allocataire (ou joindre attestation) : _____

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame _____, responsable légale de l'enfant _____ autorise les personnes majeures nommées ci-dessous à être habilitées à prendre l'enfant (pièce d'identité obligatoire).

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Tél domicile	Tél portable

URGENCE MÉDICALE :

J'autorise les responsables des activités à prendre les mesures nécessaires d'urgence concernant l'état de santé de mon enfant : OUI NON

Médecin traitant :

Tél médecin :

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise la ville à utiliser l'image de mon enfant sur support photographie ou informatique : OUI NON

AUTORISATION CDAP :

J'autorise les services de la ville à consulter mon quotient familial sur CDAP afin de pouvoir bénéficier des tarifs correspondants : OUI NON

INSCRIPTIONS

RESTAURANT SCOLAIRE : (02.51.90.64.26)

Pour les réservations à l'année, veuillez cocher les jours de fréquentation de votre enfant :

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Les réservations occasionnelles peuvent se faire via le portail famille ou auprès du restaurant scolaire.

ACCUEIL DE LOISIRS/PÉRISCOLAIRE : (02.51.21.07.12)

Vous devrez réserver les jours ou période de fréquentation via le portail famille ou auprès de l'ALSH.

ACCOMPAGNEMENT AUX LEÇONS : (02.51.21.07.12) à partir du CE1

Je souhaite inscrire mon enfant :

École du Payré :

Lundi

Jeudi

de 17H à 18H

École NDBourgenay ou ST Pierre :

Mardi

Jeudi

de 17H à 18H

TRANSPORT SCOLAIRE : (02.51.90.69.01)

Si vous souhaitez des informations sur le service de transport scolaire, veuillez contacter le service des affaires scolaire.

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et **atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs** sur le site de la ville : www.talmont-saint-hilaire.fr

Date et signature des deux représentants légaux :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie de Talmont-Saint-Hilaire 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 Talmont-Saint-Hilaire.

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.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

FR ZA ZZZ 543651

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : **Mairie de TALMONT-SAINT-HILAIRE**

Adresse : **3 Rue de l'Hôtel de Ville**

Code postal : **85440**

Ville : **TALMONT-SAINT-HILAIRE**

Pays : **FRANCE**

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

I B A N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE

| | | | | | | | (| | |)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

Nom du tiers débiteur :

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 la Mairie de Talmont-Saint-Hilaire. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Mairie de Talmont-Saint-Hilaire.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non		
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT polio			Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				
BCC				

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
 Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :
 Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

OBSERVATIONS

.....

