

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

PHOTO  
D'IDENTITÉ

À REMETTRE AU SERVICE DES AFFAIRES SCOLAIRE  
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](http://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

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