



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

## Service Enfance Jeunesse

LES DOSSIERS SONT A REMETTRE AVANT LE **28/06/2024** à l'accueil de la mairie

Restauration scolaire  Accueil périscolaire (garderie)  Accueil de loisirs ACM

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Ecole :  MATERNELLE  ELEMENTAIRE Classe : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LES RESPONSABLES

#### RESPONSABLE LEGAL 1

Titulaire de l'autorité parentale :

OUI  NON

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. Domicile : \_\_\_\_\_

Tel. Portable : \_\_\_\_\_

Tel. Travail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Situation familiale :

Marié(e)  Pacsé(e)

Veuf(ve)  Célibataire

Divorcé(e)  Séparé(e)

Concubinage

#### RESPONSABLE LEGAL 2

Titulaire de l'autorité parentale :

OUI  NON

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. Domicile : \_\_\_\_\_

Tel. Portable : \_\_\_\_\_

Tel. Travail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Situation familiale :

Marié(e)  Pacsé(e)

Veuf(ve)  Célibataire

Divorcé(e)  Séparé(e)

Concubinage

Personne ayant la charge quotidienne de l'enfant :

Responsable 1  Responsable 2  Garde alternée  Autre : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS PARENTALES

### DEPLACEMENTS

J'autorise     Je n'autorise pas

Mon enfant à participer aux activités et sorties organisées dans le cadre du fonctionnement de l'accueil de loisirs, à utiliser tous les moyens de transport et à sortir des locaux d'accueil dans le cadre d'activités.

### DROIT À L'IMAGE

Que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités extra-scolaires ou périscolaires.

J'autorise     Je n'autorise pas

La diffusion de photos sur tout support de communication de la commune (Article de presse, exposition, réseaux sociaux).

J'autorise     Je n'autorise pas

### EN CAS D'URGENCE

J'autorise     Je n'autorise pas

Le responsable des structures d'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence et m'engage à rembourser les frais si besoin. Un enfant accidenté ou gravement malade sera dirigé automatiquement vers les services de secours d'urgence et la famille sera prévenue.

Médecin traitant de l'enfant : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

### PERSONNES À CONTACTER EN PRIORITÉ EN CAS D'URGENCE :

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

## SCOLARISATION

Ecole-Maternelle  Ecole-Elémentaire  Collège

A domicile

Institution (IME ITEP, IEM, IES...), nom de l'institution \_\_\_\_\_

### L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S.)

Le P.P.S. propose des dispositifs tels que : AVS/AESH- ULIS, matériel adapté

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de l'enfant

Oui  Non  Demande en cours  Ne souhaite pas répondre

### SUIVI COMPLEMENTAIRE (PCO, CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour)

Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

### BENEFICIAIRE DE L'AAEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)

Recensement du nombre de bénéficiaire de l'AAEH à des fins statistiques pour la CAF à des fins statistiques. Cette valorisation permet l'octroi d'un financement « complément inclusif » pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

Oui  Non  Demande en cours  Ne souhaite pas répondre

### REGIME ALIMENTAIRE

Aucun  Allergie  Autres troubles de santé  Autres préciser ;

## DOCUMENTS OBLIGATOIRE A FOURNIR

Assurance Périscolaire / Extra-scolaire

Une attestation du médecin traitant certifiant que le mineur est à jour de ses vaccins. A défaut, joindre une copie du carnet de vaccination.

Fiche sanitaire dûment remplie (*remis en annexe du présent dossier*)

Attestation CAF / Quotient familial 2023

En cas de divorce, séparation, délégation à un(e) tuteur(trice), fournir la copie du jugement.

Si prélèvement joindre un RIB et la mandat SEPA dûment remplie (*remis en annexe du présent dossier*)

Si votre enfant bénéficie d'un (PAI, PPS, AEEH AESH sur les temps méridien...) joindre une copie des documents ou un justificatif.

## QUOTIENT FAMILIAL

N°ALLOCATAIRE CAF : \_\_\_\_\_

## PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

### Les personnes autorisées à récupérer votre enfant sont :

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

**Si l'une des personnes autorisées est mineure veuillez joindre au dossier un courrier manuscrit daté et signé, autorisant cette dernière à récupérer votre enfant sur les temps souhaités (garderie soir / Centre de loisirs).**

## SIGNATURE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

NOM – Prénom (Responsable de l'enfant) : \_\_\_\_\_

NOM – Prénom de L'enfant : \_\_\_\_\_

Reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à respecter les modalités d'inscriptions et de fonctionnements de l'accueil périscolaire et extra-scolaire applicables pour l'année scolaire 2023 / 2024.

Fait à Théza, le \_\_\_\_\_

Signature



## FICHE SANITAIRE

NOM-Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**L'enfant suit-il un traitement médical ?**

Oui  Non

**Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance récente, et une lettre manuscrite autorisant l'équipe d'animation à donner le traitement.**

Médecin traitant de l'enfant : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

**L'enfant a-t-il une allergie ?**

Allergie Alimentaire  **Oui Préciser** \_\_\_\_\_  **Non**

Allergie Médicamenteuse  **Oui Préciser** \_\_\_\_\_  **Non**

Un PAI (*Projet d'Accueil Individualisé*) est-il mis en place pour l'accueil de l'enfant sur le temps scolaire  **Oui**  **Non**

**Nature du PAI Préciser** \_\_\_\_\_

**L'enfant présente-t-il un problème de santé ?**

**Oui Préciser** \_\_\_\_\_  **Non**

**Joindre un certificat médical précisant la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir.**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des appareils dentaire ou auditif, a-t-il des difficultés de sommeil ?

**Oui Préciser** \_\_\_\_\_  **Non**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal du mineur déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date \_\_\_\_\_

Signature

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez (A) THEZA à envoyer des Instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

**THEZA**

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 initial.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR24ZZZ652679

### DESIGNATION DU TITULAIRE DE COMPTE A DEBITER

NOM :

### DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Identification internationale de la banque :

IBAN :

### DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

ADRESSE

### DESIGNATION DU CREANCIER

MAIRIE DE THEZA  
Place de la Promenade  
6200 THEZA

Signé le :  
A THEZA

Signature du titulaire du compte à débiter

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)**

### DESIGNATION DU BENEFICIAIRE DU SERVICE RESTAURANT SCOLAIRE

Restauration scolaire Maternelle  Primaire

Nom et prénom de l'enfant :

Nom du responsable :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par

**THEZA**

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

**THEZA**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.

Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.