



DOSSIER D'INSCRIPTION 202../202..

Service Enfance Jeunesse

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 extrascolaires 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'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)

Recensement du nombre de bénéficiaire de l'AEEH à des fins statistiques pour la CAF. 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 Oui Non

Si oui préciser : _____

Je souhaite que mon enfant ait un repas végétarien en cantine.

(Sans viande ni poisson)

DOCUMENTS OBLIGATOIRES 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 202....

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 le 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 202... / 202...

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 CREANCIER

MAIRIE DE THEZA
Place de la Promenade
6200 THEZA

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Identification internationale de la banque :
IBAN :

Signé le :
A THEZA

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

ADRESSE

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.