



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

SCOLAIRE, RESTAURATION SCOLAIRE, PÉRISCOLAIRE, EXTRASCOLAIRE

Année 2024/2025

A RETOURNER AVANT LE 28 JUIN 2024

Tout dossier incomplet sera refusé

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT:

DATE ET LIEU DE NAISSANCE:

| | | | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| MATERNELLE: | <input type="checkbox"/> PS | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> GS | | |
| ÉLEMENTAIRE: | <input type="checkbox"/> CP | <input type="checkbox"/> CE1 | <input type="checkbox"/> CE2 | <input type="checkbox"/> CM1 | <input type="checkbox"/> CM2 |

DOCUMENTS A JOINDRE:

| Fournir un seul exemplaire en cas d'inscription à plusieurs activités | Inscription scolaire | Restauration scolaire/ pause méridienne | Accueils matin/soir/Études surveillées /club ados soir | ACM vacances/ club ados |
|--|----------------------|---|--|-------------------------|
| Justificatif de domicile de moins de 3 mois (avis d'imposition, quittance de loyer) * | X | | | |
| Livret de famille/ Acte de naissance | X | | | |
| Certificat de radiation (si nouveau sur la commune) | X | | | |
| Carnet de santé (pages des vaccins) | X | X | X | X |
| Décision du juge aux affaires familiales (en cas de divorce ou séparation) | | X | X | X |
| Le cas échéant, lettre signée des parents séparés attestant qu'ils désirent une facturation dissociée et préciser le planning de garde) | | X | X | X |
| Attestation d'assurance responsabilité civile et couvrant les risques liés aux activités extra-scolaire * | X | X | X | X |
| Fiche unique de renseignements famille | X | | | X |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1 Fiche inscription périscolaires par enfant | | X | X | X |
| 1 Fiche sanitaire par enfant* | | X | X | X |
| Certificat médical de non contre-indication aux activités sportives et à jour des vaccinations* | | X | X | X |
| Attestation prise connaissance du règlement intérieur | | X | X | X |
| Attestation de paiement de l'inscription au transport ZOU | X | | | |
| Attestation QF CAF/MSA | | | X | X |
| Demande prélèvement SEPA + RIB | | X | X | X |
| PAI à remplir avec l'aide du médecin qui suit la pathologie de votre enfant. (formulaire PAI sur demande par mail) | X | X | X | X |

*A remettre à chaque rentrée scolaire

Pour les nouvelles inscriptions des mercredis et vacances scolaires, contacter:
reservation.loisirs@mairie-tourretes-83.fr

POUR NOUS JOINDRE

Inscriptions scolaires, périscolaires : ☎ 04.94.39.98.10 ou s.paris@mairie-tourretes-83.fr

Inscriptions vacances scolaires/club ados: ☎ 04.94.39.40.12 ou reservation.loisirs@mairie-tourretes-83.fr

Dossier téléchargeable sur <https://www.tourretes>

Fiche unique de renseignements famille - ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

(ne compléter qu'une fiche par famille pour l'ensemble des services)

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1 (Personne référente pour toutes correspondances liées à la vie scolaire, facturation, paiement et communications diverses)

Civilité : Madame Monsieur

Qualité : Mère Père Tuteur/trice

Autre à préciser _____

Nom : _____

Situation familiale :

Prénom : _____

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e)

Veuf(ve)

Date de naissance: _____

Mail : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Tel. domicile : _____

Commune : _____

Tel. portable : _____

RESPONSABLE 2

Civilité : Madame Monsieur

Qualité : Mère Père Tuteur/trice

Autre à préciser _____

Nom : _____

Situation familiale :

Prénom : _____

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e)

Veuf(ve)

Date de naissance: _____

Mail : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Tel. domicile : _____

Commune : _____

Tel. portable : _____

SI RESPONSABLE TIERS

Civilité : Madame Monsieur

Qualité : _____

Nom : _____

Mail : _____

Prénom : _____

Date de naissance: _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Tel. domicile : _____

Commune : _____

Tel. portable : _____

RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRES

Nom de l'allocataire : _____

Numéro d'allocataire : _____ QF: _____

CAF MSA

Communiquer tout changement lié à vos droits allocataires

L'absence de calcul du quotient entraîne l'application automatique du tarif le plus élevé.

FACTURATION

Le payeur:

Responsable 1 Responsable 2 Autre (préciser nom du tiers)

GARDE DE L'ENFANT

Conjointe Mère Père Garde alternée

Si vous êtes concerné par la garde alternée, souhaitez-vous opter pour la facturation dissociée :

Oui Non

Si oui, joindre le jugement ou attestation signée des 2 parents en précisant l'organisation familiale (semaine paire, semaine impaire etc...)

Je soussigné(e),

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications.

Fait à _____ Le _____ Signature :

Utilisation de vos données personnelles

La commune de Tourrettes, responsable du traitement des données contenues dans la fiche d'inscription et dans le règlement intérieur, vous informe que ce traitement correspond à une mission d'intérêt public au regard de l'article 6 du règlement général sur la protection des données (RGPD). Les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant au service « périscolaire » ainsi qu'à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. Elles sont destinées exclusivement au personnel chargé de l'enregistrement de l'inscription. En aucun cas, elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant. Ces données ne sont pas conservées au-delà de la période d'inscription de votre enfant aux services « périscolaire », ou pour les payants durant la période nécessaire au recouvrement.

Vos droits : conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant en vous adressant à la mairie ou par courriel : dpo@mairie-tourrettes-83.fr. Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droit. Pour aller plus loin : si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr>

Fiche d'inscription aux services périscolaires - ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

(Accueils matin et soir, restauration scolaire, pause méridienne)

L'ENFANT

| | | | | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Nom : | _____ | Prénom : | _____ | | |
| Maternelle: | <input type="checkbox"/> PS | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> GS | | |
| Élémentaire: | <input type="checkbox"/> CP | <input type="checkbox"/> CE1 | <input type="checkbox"/> CE2 | <input type="checkbox"/> CM1 | <input type="checkbox"/> CM2 |

INSCRIPTIONS

J'inscris mon enfant à :

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| - L'ACCUEIL DU MATIN: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> jeudi | <input type="checkbox"/> vendredi | |
| - LA RESTAURATION SCOLAIRE: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | PAI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> jeudi | <input type="checkbox"/> vendredi |
| - L'ACCUEIL DU SOIR: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> jeudi | <input type="checkbox"/> vendredi | |
| - CLUB ADO (uniquement pour les CM2): | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> jeudi | <input type="checkbox"/> vendredi | |
| - ÉTUDE SURVEILLÉE (2 soirs maximum): | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> jeudi | | |
| - TRANSPORT SCOLAIRE *: | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | MATIN: | <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> jeudi | <input type="checkbox"/> vendredi |
| | ARRÊT: | SOIR: | <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> jeudi | <input type="checkbox"/> vendredi |

* INSCRIPTION SUR LE SITE ZOU: <https://zou.maregionsud.fr/acheter-un-pass-zou-etudes>

AUTORISATIONS

Personne(s) autorisée(s) à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'accueil:

| | | | | | |
|-------|-------|----------|-------|-----|-------|
| NOM : | _____ | Prénom : | _____ | tel | _____ |
| NOM : | _____ | Prénom : | _____ | tel | _____ |
| NOM : | _____ | Prénom : | _____ | tel | _____ |
| NOM : | _____ | Prénom : | _____ | tel | _____ |

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé lors des activités proposées par le Service Périscolaire/Extrascolaire (expositions photos, revues municipales) :

Oui Non

Fiche sanitaire de liaison enfant - ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

Informations nécessaires en cas d'urgence

(remplir une fiche par enfant quel que soit le service fréquenté)

L'ENFANT

| | |
|--|---|
| Nom: _____ | Prénom: _____ |
| Date de naissance: ____ / ____ / ____ | Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin |
| Établissement scolaire fréquenté : _____ | |
| Classe : _____ | |

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Obligatoires (enfants nés après 2018)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie* ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Coqueluche ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Tétanos* ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Haemophilus ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Poliomyélite* ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Pneumocoque ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Rougeole Oreillon Rubéole ____ / ____ / ____ | |

(*) Rappel à 6 ans et entre 11 et 13 ans

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

| | |
|---------------------------------|--|
| Poids : _____ | Taille : _____ |
| Suit-il un traitement médical ? | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> 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 donné sans ordonnance.

TROUBLES DE SANTÉ

| | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|
| Allergies alimentaires: | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non | Précisez la cause : _____ |
| Allergies médicamenteuses : | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non | Précisez la cause : _____ |
| Allergies asthme : | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non | Précisez la cause : _____ |
| Autres allergies : | <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non | Précisez la cause : _____ |

(*) Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Votre enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui

Non

Si oui, Précisez : (joindre copie du traitement en cours et marche à suivre en cas d'urgence)

Fait-il l'objet d'un P.A.I. ? (joindre le formulaire)

Oui Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte : des lunettes des lentilles des prothèses auditives un appareil dentaire

autres, précisez : _____

Nom du médecin traitant : _____

Tel: _____

Adresse mail : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____ Tel: _____

Lien de parenté : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tel: _____

Lien de parenté : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications,
- autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Fait à _____ Le _____ Signature :

**ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE DU RÉGLEMENT INTERIEUR UNIQUE
DES ACCUEILS PERISCOLAIRES, EXTRASCOLAIRES, RESTAURATION SCOLAIRE, PAUSE
MÉRIDIENNE
2024-2025**

Je soussigné(e) Responsable légal 1:

Je soussigné(e) Responsable légal 2:

Certifie/certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur unique des accueils Périscolaires, extrascolaires, restauration scolaire et pause méridienne des écoles du COULET de TOURRETTES et m'engage/nous engageons à le respecter. (Règlement consultable sur le site de la mairie de Tourrettes) - <https://www.mairie-tourrettes-83.fr/>

Date :

Signature des responsables légaux précédée de la mention « lu et approuvée »

| | |
|----------------------|----------------------|
| <u>Responsable 1</u> | <u>Responsable 2</u> |
|----------------------|----------------------|



Commune de Tourrettes

Mandat de prélèvement SEPA ⁽¹⁾

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **la régie centralisée de la commune de Tourrettes** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **la régie centralisée de la commune de Tourrettes**.

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,

*Veillez compléter les champs marqués **

Votre nom:

*Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse:

*N° et nom de rue

*Code postal

*Ville

*Pays

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: _____

Les coordonnées de votre compte - Joindre obligatoirement un RIB - IBAN/BIC

*Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN
(International Bank Account Number)

*Code international d'identification de votre banque (BIC Bank Identifier Code, SWIFT)

Nom du créancier: **REGIE CENTRALISEE COMMUNE DE TOURRETTES**

Identifiant du créancier: **FR 07 ZZZ498852**

Référence Unique du Mandat :

Place de la Mairie -83440 Tourrettes

(réservé à l'administration)

Type de paiement: Récurrent / répétitif

A: _____

Date _____

Signature

Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

(1) En cas de modification de coordonnées bancaire en cours d'année, se rapprocher de la mairie.