



# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

## SCOLAIRE, RESTAURATION SCOLAIRE, PÉRISCOLAIRE, EXTRASCOLAIRE

Année 2025/2026

A RETOURNER AVANT LE 1 JUIN 2025

**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		
ÉLÉMENTAIRE:	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> CM1	<input type="checkbox"/> CM2

### DOCUMENTS À JOINDRE:

Les documents surlignés sont à remettre à chaque rentrée scolaire

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 (pas de prélèvement) / club ados
Justificatif de domicile de moins de 3 mois (Facture Edf/Eau/Téléphone Fixe/Quittance de loyer(tamponnée et signée)*)	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 <b>signée</b> 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	X
Attestation prise connaissance du règlement intérieur *	X	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

### **POUR NOUS JOINDRE**

Inscriptions scolaires, périscolaires: ☎ 04.94.39.98.10 ou [s.paris@mairie-tourrettes-83.fr](mailto:s.paris@mairie-tourrettes-83.fr)

### **POUR INFORMATION**

Pour les nouvelles inscriptions des mercredis et vacances scolaires, contacter: [reservation.loisirs@mairie-tourrettes-83.fr](mailto:reservation.loisirs@mairie-tourrettes-83.fr)

### **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](mailto: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>

Dossier téléchargeable sur  
<https://www.mairie-tourrettes-83.fr/>

# Fiche unique de renseignements famille - ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

(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)

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

Veuf(ve)

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

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

Code postal : \_\_\_\_\_

Tel. portable : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE 2

Civilité :  Madame  Monsieur

Qualité :  Mère  Père  Tuteur/trice

Autre à préciser \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Situation familiale :

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Veuf(ve)

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

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

Code postal : \_\_\_\_\_

Tel. portable : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

### SI RESPONSABLE TIERS

Civilité :  Madame  Monsieur

Qualité : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Code postal : \_\_\_\_\_

Tel. portable : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

### 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 :

# Fiche d'inscription aux services périscolaires - ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

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

## L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Maternelle:       PS       MS       GS  
Élémentaire:       CP       CE1       CE2       CM1       CM2

## INSCRIPTIONS

J'inscris mon enfant à :

- **L'ACCUEIL DU MATIN:**       Oui  Non       lundi  mardi  jeudi  vendredi  
- **LA RESTAURATION SCOLAIRE:**       Oui  Non       lundi  mardi  jeudi  vendredi  
- **L'ACCUEIL DU SOIR:**       Oui  Non       lundi  mardi  jeudi  vendredi  
- **PERISCOLAIRES SOIR CM2 (uniquement pour les CM2):**  Oui  Non       lundi  mardi  jeudi  vendredi  
- **ÉTUDE SURVEILLÉE (2 soirs maximum):**  Oui  Non       lundi  mardi  jeudi  
- **TRANSPORT SCOLAIRE \*:**       Oui  Non      **MATIN:**  lundi  mardi  jeudi  vendredi  
    **ARRÊT:** .....      **SOIR:**  lundi  mardi  jeudi  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 2025/2026

## 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 :  Féminin  Masculin

Classe : \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

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

#### Obligatoires

Diphtérie\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Coqueluche \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tétanos\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Haemophilus \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Poliomyélite\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Pneumocoque \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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 ?  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 donné sans ordonnance.

### TROUBLES DE SANTÉ

Allergies alimentaires:  Oui\*  Non Précisez la cause : \_\_\_\_\_

Allergies médicamenteuses :  Oui\*  Non Précisez la cause : \_\_\_\_\_

Allergies asthme :  Oui\*  Non Précisez la cause : \_\_\_\_\_

Autres allergies :  Oui\*  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: \_\_\_\_\_

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  
2025-2026**

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 <sup>(1)</sup>

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.