



COMMUNE DE TOURRETTES
DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION
RESTAURANT SCOLAIRE ET SERVICE PÉRISCOLAIRE

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

A RETOURNER AVANT LE 1 JUIN 2026

1 ^{ère} partie : Renseignements sur l'enfant (une fiche par enfant)		
Nom		
Prénom		
Sexe	☐ Masculin ☐ Féminin	Classe :
Date et lieu de naissance		
Adresse		
Droit à l'image	☐ Autorise la Mairie de Tourrettes à réaliser des prises de vue de mon enfant et à exploiter, à titre gracieux, les images et/ou vidéos sur les publications municipales (expositions photos, revues municipales) ☐ N'autorise pas la Mairie de Tourrettes à réaliser des prises de vue de mon enfant.	
Restaurant scolaire* <i>Fournir une serviette en tissu</i> <i>* Pour les parents en garde alternée, se référer à l'annexe jointe.</i>	☐ Oui ☐ Non PAI ALIMENTAIRE (panier repas) ☐ Si oui, préciser les jours concernés : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi	
Si PAI (Projet d'Accueil Individualisé)	Fournir le formulaire envoyé sur demande.	
Garderies * <i>* Pour les parents en garde alternée, se référer à l'annexe jointe.</i>	Matin (7h30-8h20) ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser les jours concernés : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi	Soir (16h30-18h30) ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser les jours concernés : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi
Étude surveillée : <i>Enfant du CE1 au CM1 inscrit à l'accueil périscolaire du soir.</i>	☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser les jours concernés : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi	

L'accueil périscolaire CM2 soir* <i>* Pour les parents en garde alternée, se référer à l'annexe jointe.</i>	Uniquement pour les élèves scolarisés en classe de CM2 ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser les jours concernés : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi
Transport Scolaire * <i>*inscription au préalable sur le site ZOU : Acheter un PASS ZOU ! Etudes 2026/2027</i>	☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser les jours concernés : ☐ Matin : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Soir : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi Arrêt :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom et Prénom	Majeur	Mineur*	N° de Téléphone	Lien de parenté

***Si la personne autorisée est mineure, joindre une autorisation écrite et signée des parents.**

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>



ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

ENFANT :

Nom :

Prénom :

Classe :

* En cas de résidence alternée de l'enfant, remplir l'annexe spécifique.

2^e partie : Renseignements sur la famille		
	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Civilité	☐ Mme ☐ M.	☐ Mme ☐ M.
Qualité	☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :	☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
Situation Familiale	☐ Union libre ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e)	
Adresse *		
N° de Tel Portable		
Adresse email		
Nom et N° d'allocataire CAF		
	Régime Général ☐ Agricole ☐ Autre ☐	Régime Général ☐ Agricole ☐ Autre ☐
Prélèvement automatique	☐ Oui ☐ Non Si oui, joindre obligatoirement la demande SEPA et votre RIB	

Les dossiers ne pouvant être instruits en raison d'éléments manquants seront retournés aux familles pour complément.

3^e partie : Constitution du dossier

1^{ère} inscription maternelle Petite Section ou élémentaire CP, nouveaux arrivants, changement de situation, uniquement si les documents n'ont pas été transmis lors de la pré-inscription

- ☐ Dossier unique.
- ☐ Fiche sanitaire complétée. (Pages 5 et 6)
- ☐ Justificatif de domicile **de moins de 3 mois**
- ☐ Copie du livret de famille.
- ☐ Copie d'un justificatif d'identité des représentants légaux.
- ☐ Relevé d'identité bancaire et mandat de prélèvement SEPA complété, si vous optez pour le prélèvement automatique. (Page 11)
- ☐ Attestation quotient familial CAF ou MSA.
En l'absence de justificatif du quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué.
- ☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'année 2026/2027.
- ☐ En cas de séparation, de divorce des parents, copie de la décision de justice ou courrier stipulant du mode de garde établi entre les parents, signé par les deux parents + CNI.
- ☐ Copie du carnet de vaccination ou attestation médicale attestant de la situation vaccinale de l'enfant.

Réinscription :

- ☐ Dossier unique
- ☐ Fiche sanitaire complétée. (Pages 5 et 6)
- ☐ Justificatif de domicile **de moins de 3 mois.**
- ☐ Attestation d'assurance scolaire en responsabilité civile pour l'année 2026/2027.
- ☐ Attestation quotient familial CAF ou MSA.
En l'absence de justificatif du quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué.
- ☐ En cas de séparation, de divorce des parents, copie de la décision de justice ou courrier stipulant du mode de garde établi entre les parents, signé par les deux parents + CNI.
- ☐ Relevé d'identité bancaire et mandat de prélèvement SEPA complété, si vous optez pour le prélèvement automatique. (Page 11)

Je soussigné(e).....autorise / n'autorise pas*, les agents habilités, à mettre à jour mon quotient familial sur le site internet professionnel de la CAF, afin de connaître la tranche du barème à laquelle j'appartiens.

A défaut, d'autorisation, le quotient familial maximum sera appliqué.

*Rayer la mention inutile

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis. Je m'engage à réactualiser les informations si nécessaire et certifie détenir tous les droits m'autorisant à inscrire mon enfant au sein d'une école de Tournettes.

**Date et signature du ou des responsable(s)
légal (aux) -Précédées de la mention « Lu et
approuvé »**

Le



COMMUNE DE TOURRETTES

FICHE SANITAIRE 1/2

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

Nom : Prénom : Classe :

☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance :/...../.....

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 | Préciser la cause |
| Allergies médicamenteuses | ☐ Oui* ☐ Non | Préciser la cause : |
| Allergies asthme : | ☐ Oui* ☐ Non | Préciser la cause : |
| Autres allergies : | ☐ Oui* ☐ Non | Préciser la cause : |

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



COMMUNE DE TOURRETTES

FICHE SANITAIRE 2/2

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

AUTRES DE SANTÉ

DIFFICULTÉS

Votre enfant présente-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 ☐ 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.

- ☐ N'autorise pas 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 :



COMMUNE DE TOURRETTES

ANNEXE GARDE ALTERNÉE

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

Renseignements sur la famille		
	Responsable légal 1	Responsable légal 2
	☐ Mme ☐ M.	☐ Mme ☐ M.
Qualité	☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :	☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénoms		
Date et lieu de naissance		
Mode de Paiement	☐ Prélèvement automatique ☐ Autre	☐ Prélèvement automatique ☐ Autre
Mode de facturation	☐ 50% ☐ 100% ☐ Autre (à préciser ci-dessous)	☐ 50% ☐ 100% Autre (à préciser ci-dessous)

Précision mode de facturation :

.....

.....

.....

.....

.....

INSCRIPTIONS AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES

Garde alternée

Responsable légal 1	Responsable légal 2
☐ semaine paire ☐ semaine impaire	☐ semaine paire ☐ semaine impaire
Autre situation, merci de joindre un calendrier de garde détaillé	Autre situation, merci de joindre un calendrier de garde détaillé
Restauration scolaire : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi	Restauration scolaire : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi
Inscription à l'Accueil périscolaire : Matin : 7h30-8h30 : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi Soir : 16h30-18h30 : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi	Inscription à l'Accueil périscolaire : Matin : 7h30-8h30 : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi Soir : 16h30-18h30 : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi
Étude surveillée* : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi *uniquement du CE1 au CM1	Étude surveillée* : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi *uniquement du CE1 au CM1
Transport Scolaire : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi Arrêt : <i>*inscription au préalable sur le site ZOU : Acheter un PASS ZOU ! Etudes 2026/2027</i>	Transport Scolaire : ☐ oui ☐ non ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi Arrêt : <i>*inscription au préalable sur le site ZOU : Acheter un PASS ZOU ! Etudes 2026/2027</i>

Je soussigné(e)
(Responsable 1),.....
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, disponible en Mairie et sur le site internet de la ville www.mairie-tourrettes-83.fr.
Je m'engage à réactualiser les informations si nécessaire et certifie détenir tous les droits m'autorisant à inscrire mon enfant au sein d'une école de Tourrettes.

Fait à....., le.....
Signature et mention « Lu et approuvé »

Responsable 1 :

Je soussigné(e)
(Responsable 2),.....
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, disponible en Mairie et sur le site internet de la ville www.mairie-tourrettes-83.fr.
Je m'engage à réactualiser les informations si nécessaire et certifie détenir tous les droits m'autorisant à inscrire mon enfant au sein d'une école de Tourrettes.

Fait à....., le.....
Signature et mention « Lu et approuvé »

Responsable 2 :



COMMUNE DE TOURRETTES

**ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE DU RÉGLEMENT INTERIEUR UNIQUE
DES ACCUEILS PERISCOLAIRES, EXTRASCOLAIRES, RESTAURATION SCOLAIRE, PAUSE
MÉRIDIENNE
2026-2027**

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/>
ou sur demande auprès de la mairie.

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 TOURETTES

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 du service régie.