

NOM:

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

Service Enfance Jeunesse

LES DOSSIERS SONT A REMETTRE AVANT LE 12/06/2023

☐ Restauration scolaire ☐ Accueil périscolaire (garderie) ☐ Accueil de loisirs ACM

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Prénom : ______ à ______ à ______

NSABLE LEGAL 2 e l'autorité parentale : OUI □ NON
l OUI □ NON
le :
le :
:
ation familiale :
(e) □ Pacsé(e) □
e) 🗆 Célibataire 🗆
cé(e) 🗆 Séparé(e)
oncubinage 🗆
(

AUTORISATIONS PARENTALES

DEPLACEMENTS	☐ J'autorise	☐ Je n'autorise pas
Mon enfant à participer aux activités et sortie fonctionnement de l'accueil de loisirs, à utilis sortir des locaux d'accueil dans le cadre d'ac	ser tous les moye	
DROIT À L'IMAGE		
Que mon enfant soit photographié(e) ou film		
scolaires ou périscolaires.	☐ J'autorise	☐ Je n'autorise pas
La diffusion de photos sur tout support de co presse, exposition, réseaux sociaux).	mmunication de	la commune (Article de
	☐ J'autorise	☐ Je n'autorise pas
EN CAS D'URGENCE	☐ J'autorise	☐ Je n'autorise pas
Le responsable des structures d'accueil de lo mesures nécessaires en cas d'urgence et m'en Un enfant accidenté ou gravement malade se services de secours d'urgence et la famille se	ngage à rembours ra dirigé automat	er les frais si besoin.
Médecin traitant de l'enfant :	Te	el:
PERSONNES À CONTACTE D'URGEN		É EN CAS
Nom – Prénom : Lien de p	arenté :	Tel :
Nom – Prénom : Lien de p	arenté :	Tel :
Nom – Prénom : Lien de p	arenté :	Tel :
Nom – Prénom : Lien de p	arenté :	Tel :/

SCOLARISATION

☐ Ecole-Maternelle ☐ Ecole-Primaire
☐ 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
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répond
SUIVI COMPLEMENTAIRE (CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de jour)
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répond
BENEFICIAIRE DE l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) Recensement pour la CAF à des fins statistiques. Cette valorisation peut, permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répond
REGIME ALIMENTAIRE
□ Aucun □ Si oui 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 de
jugement.
☐ Si prélèvement joindre un RIB et la mandat SEPA dûment remplie (remis en annexe du présent dossier)
unnese au present aossier)
☐ Si votre enfant bénéficie d'un (PAI, PPS, AEEH) joindre une copie des

QUOTIENT FAMILIAL

NO ALLO GATANDE GAE				
N° ALLOCATAIRE (RISE EN CHARGE DE L'ENFAI	NT		
Les person	nes autorisées à récupérer votre e	nfant 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 u	ne lettre manuscrite autorisant
<u>l'équipe d'animation à donner le trai</u>	
Médecin traitant de l'enfant :	Tel:
L'enfant a-t-il une allergie	?
Allergie Alimentaire Oui Préciser	□ Non
Allergie Médicamenteuse Oui Préciser	□ Non
In PAI (<i>Projet d'Accueil Individualisé</i>) est-il mis en place pour scolaire	l'accueil de l'enfant sur le temp Oui Non
Nature du PAI Préciser	
L'enfant présente-t-il un problème ☐ Oui Préciser	
Joindre un certificat médical précisant la cause, les signes év	vocateurs et la conduite à tenir.
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des appareil difficultés de sommeil ?	s dentaire ou auditif, a-t-il des
□ Oui Préciser	\square Non
Je soussigné(e) mineur déclare exact les renseignements portés sur cet réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accu échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'ét Date	te fiche et m'engage à les ueil de loisirs à prendre, le cas

MANDAT D. Référence unique du mandat (RUM) :	E PRELEVEMENT SEPA	
Veterence mudne or manner from.	•	
En signant ce formulaire de mandat vous autorisez (A) THE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter vo	tre compte	
et (8) votre banque à débiter votre compte conformémen instructions de	IDENTIFIANT CREANCIER SEPA	
THEZA	FR24222652679	
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque les conditions décrites dans la convention que vous avez par elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans	nssée avec	
Semaines suivant la date de débit de votre compte pour un	j)	
Prélèvement initial.	DESIGNATION DU CREANCIER	
DESIGNATION DU TITULAIRE DE COMPTE A DEBITER	MAIRIE DE THEZA	
NOM:	Place de la Promenade	
	6200 THEZA	
A PRINCE A PRINCE	Signé le :	
DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	A THEZA	
Identification internationale de la banque : IBAN :		
DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE	Signature du titulaire du compte à débiter	
ADRESSE		
JOINDRE UN RELEVE D'IDENT	ITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)	
DESIGNATION DU BENEFICIAIRE DU SERVICE	En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur	
RESTAURANT SCOLAIRE	mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par	
testauration scolaire Maternelle Primaire	THEZA	
lom et prénom de l'enfant :	En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire	
	suspendre l'exécution par simple demande à ma	
lom du responsable :	Banque. Je régleral 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.