

DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

ANNÉE SCOLAIRE 2017-2018

PHOTO D'IDENTITÉ

À REMETTRE AU SERVICE DES AFFAIRES SCOLAIRE 3 RUE DE L'HÔTEL DE VILLE – 85 440 TALMONT SAINT HILAIRE

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

Copie de la carte d'identité des représentants légaux Copie intégrale du livret de famille Justificatif de domicile -3 mois

Certificat de radiation

Mandat de prélèvement SEPA (joindre un RIB)

Attestation d'assurance de l'année en cours

Fiche sanitaire Copie du vaccin DTP

Jugement ou ordonnance mentionnant l'état de

la garde de l'enfant

ENFANT					
Nom:	Prénom:	Date de naissance :			
Adresse : Établissement : PAYRÉ []		Classe:			
	ÉMILIEN CHARRIER []	SAINT PIERRE []	NDAME DE BOURGENAY []		
	F	OYER			
<u>Situation familiale :</u>					
Célibataire 🏻 Mariée 🖟	Vie maritale 🛮 Séparée 🗈	Divorcée 🏻 Veuf 🖟	Garde alternée 🏻		
Responsable légal 1: Père I Mère I Autre: Nom Prénom Adresse: Tél domicile: Tél portable: E mail: Profession: Employeur, lieu d'activité Tél pro: Régime allocataire: CAF II N° allocataire (ou joindre a	MSA 🛚	Responsable légal 2: Père I Mère I Autre: Nom Prénom: Adresse: Tél domicile: Tél portable: E mail: Profession: Employeur, lieu d'activ Tél pro: Régime allocataire: CA N° allocataire (ou joince	JF [] MSA []		
AUTORISATIONS					
Je soussigné e Monsieur ou Madame, responsable légale de l'enfant autorise les personnes majeures nommées ci-dessous à être habilitées à prendre l'enfant (pièce d'identité obligatoire).					
Nom – Prénom	Lien avec l'enfant	Tél domicile	Tél portable		

-	tés à prendre les mesures nécessaires d'urgence concernant	
santé de mon enfant :	OUI 🛭	NON []
Médecin traitant :	Tél médecin :	
<u>DROIT A L'IMAGE :</u> J'autorise la ville à utiliser l'image de n	non enfant sur support photographie ou informatique: OUI []	NON 🏻
<u>AUTORISATION CDAP :</u> J'autorise les services de la ville à cor tarifs correspondants :	nsulter mon quotient familial sur CDAP afin de pouvoir béné OUI 🛭	
	INSCRIPTIONS	
Lundi Mardi Les réservations occasionnelles peuver ACCUEIL DE LOISIRS/PÉRISCOLAIRE/T	z cocher les jours de fréquentation de votre enfant : Jeudi Vendredi nt se faire via le portail famille ou auprès du restaurant scolaire (02.51.21.07.12) ode de fréquentation via le portail famille ou auprès de l'ALSH.	
<u>TRANSPORT SCOLAIRE</u> : (02.51.90.69.01)	ur le service de transport scolaire, veuillez contacter le serv	ice des
Je soussignée, certifie l'exactitude des <u>règlements intérieurs</u> sur le site de la	s renseignements ci-dessus et <u>atteste avoir pris connaissanc</u> a ville : <u>www.talmont-saint-hilaire.fr</u>	<u>ce des</u>
Date et signature des deux représentai	ıts légaux :	

URGENCE MÉDICALE:

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de l'Éducation nationale « Base élèves 1º degré ». Le maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire. Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur d'école, de l'IEN de circonscription ou de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004801 du 6 août 2004.



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- ENFANT			
ЮМ :			
rénom :			
DATE DE NAISSAI	NCE :		
Garçon 🗖	FILLE 📮		

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui **n** non **n**

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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?					
RUBÉOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI NON	SCARLATINE OUI NON	
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS		
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON		
ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES					

NDIQUEZ CI-APRÈ	
ES DIFFICULTÉS DE S	ANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE .
ELDOCATION) EN FI	RECIPANT ELS DATES ET ELS PRECAUTIONS À l'RENDRE.
	MOSAB SU
	- anope actual permi
- RECOMMAND	ATIONS UTILES DES PARENTS
OTRE ENFANT PORTE RÉCISEZ.	E-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC
	strain (1)
	190 200 e 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1 100 1
	JICE DE LE CONTROL DE LA CONTR
- RESPONSABLE	DE L'ENFANT
	E SÉIOUR)
	E SEJOUK)
	T = REVERIGNEMENTS MEDICAUX COMERANAS PERSONS
ÉL. FIXE (ET PORTAB	LE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉI	DECIN TRAITANT (FACULTATIF)
exacts les renseigne	ments portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, tement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
10 10 11 1 1 10	MATERIAL MATERIAL STREET, STRE
Date :	Signature :
	SAME PRODUCE A PARTY AND THE SAME PARTY AND THE SAM
. 8	A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
66	DORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉIOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
CC	JORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
	THE IS A STATE OF THE PROPERTY
••••	
(44)	RECORD LA CAUSE DE LA DERECE DE LA CONTROLE A PENER LA CAUSE DE LA
DBSERVATIONS	



Tresor public

Trésorerie Côte de Lumière 54 Avenue de Gaulle 85100 LES SABLES D'OLONNE

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mairie de Talmont-Saint-Hilaire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de Talmont-Saint-Hilaire.

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR ZA ZZZ 543651

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, Prénom : Adresse :	Nom : Mairie de TALMONT-SAINT-HILAIRE Adresse : 3 Rue de l'Hôtel de Ville
Code postal : Ville : Pays :	Code postal : 85440 Ville : TALMONT-SAINT-HILAIRE Pays : FRANCE

Designation du compte a debiter				
IDENTIFICATION INTER	<u>NATIONALE (IBAN)</u>	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)		
	<u> </u>			
Type de paiement : Paiement réc	· ·			
Paiement po	nctuel ફૈ			
Signé à :	Signature :			
Le (JJ/MM/AAAA) :	,			
Le (gg) in a first of the control of				
DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE(SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUFMEME ET LE CAS				
ECHEANT):	COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECT	JE(SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUFMEME ET LE CAS		
Nom du tiers débiteur :				

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel:

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de Talmont-Saint-Hilaire. 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 la Mairie de Talmont-Saint-Hilaire