

Traitement du dossier : (partie réservée au pôle enfance)  
 Reçu le ..../../.. Par : .....  
 Saisi le ..../../.. Par : .....  
 Vu le ..../../.. Par : .....

Photo récente  
de l'enfant  
  
A coller

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Ecole fréquentée : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
 A l'année \_\_\_\_\_ Saisonnier \_\_\_\_\_ si oui, dates présences à l'école à Saint-Tropez : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse complète : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
 Votre enfant doit-il suivre un traitement médical quotidien? oui  non   
 Si oui, joindre un certificat médical du médecin traitant.  
 Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui  non   
 Lequel ? \_\_\_\_\_  
 Votre enfant est-il atteint d'une intolérance ou allergie alimentaire ? oui  non   
 Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_  
 Si oui, joindre un certificat médical d'un allergologue.  
 Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) durant son temps scolaire :  
 oui  non  Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Frères et sœurs		
Nom et prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée en 2016-2017

**Assurances <sup>1</sup>:**

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_  
 N° de la police d'assurance : \_\_\_\_\_  
 Date d'échéance : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Pour toute participation aux activités municipales proposées dans le cadre du dossier unique, l'enfant doit être couvert par une assurance extra-scolaire et responsabilité civile du foyer en cours de validité. Nous attirons l'attention des responsables légaux des mineurs concernés sur leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent.



Document unique de demande d'inscription

Ville de  
Saint-Tropez

**REPRESENTANT LEGAL 1 - MERE**  **PERE**  **TUTEUR**

Nom :  Prénom :

Adresse complète :

Téléphone domicile :  /  /  /  /  Portable :  /  /  /  /

Mail :  @

Profession :  . Lieu :

Nom employeur :  Téléphone :  /  /  /  /

Responsable financier : oui  non

**REPRESENTANT LEGAL 2 - MERE**  **PERE**  **TUTEUR**

Nom :  Prénom :

Adresse complète :

Téléphone domicile :  /  /  /  /  Portable :  /  /  /  /

Mail :  @

Profession :  . Lieu :

Nom employeur :  Téléphone :  /  /  /  /

Responsable financier : oui  non

**SITUATION FAMILIALE**

Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Vie marital  PACS  Célibataire  Séparé(e)

En cas de séparation ou de divorce, fournir le document légal mentionnant l'autorité parentale et la garde de l'enfant.

Garde alternée : oui  non

**RÉGIME ALLOCATAIRE DONT DEPEND L'ENFANT**

Nom de l'allocataire :

N°d'allocataire Caisse allocations familiales ou Mutualité sociale agricole :

Régime Général  Autre  (à préciser)

Ville de  
Saint-Tropez**INSCRIPTION A L'ECOLE**

Pour un enfant en provenance d'une commune extérieure à Saint-Tropez, l'inscription n'est définitive qu'après avis favorable de ladite commune de la résidence et obtention de la dérogation scolaire.

Nom et prénom de l'enfant : Ecole fréquentée en 2016/2017 : Classe : Scolarité demandée pour l'année scolaire 2017-2018 : *cocher la case concernée*Petite section CP CM1 Moyenne section CE1 CM2 Grande section CE2 **Restauration scolaire**

ATTENTION : Les jours inscrits sont fixés pour toute l'année scolaire toute modification doit être adressée au pôle enfance avant le 30 du mois

 oui  non   
 Lundi  Mardi   
 Jeudi  Vendredi 
**NAP maternelle**

lundi, mardi, jeudi et vendredi de 15h45 à 16h30.

 oui  non   
 Lundi  Mardi   
 Jeudi  Vendredi 
**Garderie périscolaire maternelle matin**

Des fiches de réservation sont à retirer et à déposer au pôle enfance avant le 30 du mois qui précède la période concernée.

oui  non **Garderie périscolaire maternelle soir**

Des fiches de réservation sont à retirer et à déposer au pôle enfance avant le 30 du mois qui précède la période concernée.

oui  non **NAP élémentaire**

jeudi après-midi de 13h30 à 16h30

oui  non **Garderie périscolaire élémentaire matin.**

Des fiches de réservation sont à retirer et à déposer au pôle enfance avant le 30 du mois qui précède la période concernée.

oui  non **Garderie périscolaire élémentaire soir**

Jeudi au pôle enfance de 16h30 à 18h00

oui  non **Etude surveillée école élémentaire**lundi, mardi et vendredi de 16h00 à 17h30  
puis garderie de 17h30 à 18h00oui  non 

**J'atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs de chacun des services et m'engage à en respecter les modalités.**

A le La mère Le père Le tuteur légal



**TRANSPORT SCOLAIRE**

Photo récente de l'enfant  
A coller

Je souhaite inscrire mon enfant au transport scolaire : oui  non  *cocher la case concernée*

Nom et prénom de l'enfant :

Adresse domicile :

Nom de l'école fréquentée :  Classe :

Arrêt demandé :

(Voir liste des arrêts ci-joint)

**REPRESENTANT LEGAL 1 - MERE**  **PERE**  **TUTEUR**

Nom :  Prénom :

Portable :  /  /  /  /

**AUTORISATIONS (4 personnes maximum) :**

Pour la sécurité de votre enfant, la présence d'un adulte autorisé est obligatoire aux points de ramassage et de dépose des transports. Aucun enfant ne sera remis à une personne mineure.

Je soussignée, (représentant légal) , autorise :

Nom/Prénom : , en qualité de , tel :

Nom/Prénom : , en qualité de , tel :

Nom/Prénom : , en qualité de , tel :

Nom/Prénom : , en qualité de , tel :

à accueillir mon enfant  à la descente du car.

**J'atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs de chacun des services et m'engage à en respecter les modalités.**

A  le

La mère  Le père

Le tuteur légal



### LES AUTORISATIONS

Seules des personnes majeures sont autorisées à figurer dans la liste ci-dessous et à venir chercher les enfants dans les structures concernées.

Je soussigné(e) Mme, M.  autorise ces personnes à venir chercher mon enfant à la garderie, après l'étude surveillée, à la sortie de l'école, après les NAP, au centre de loisirs :

Nom-Prénom :  Tel :

Lien de parenté :

Nom-Prénom :  Tel :

Lien de parenté :

Nom-Prénom :  Tel :

Lien de parenté :

**Merci de cocher les cases correspondant à vos choix** **OUI** **NON**

J'autorise mon enfant à participer aux sorties extérieures organisées par la municipalité et à emprunter le bus en présence du ou des encadrants

J'autorise le personnel communal à maquiller mon enfant lors d'activités d'expression, d'atelier maquillage, de manifestations diverses

J'autorise l'équipe d'encadrement à photographier ou filmer mon enfant seul/ et ou en groupe

J'autorise mon enfant à rentrer seul :  
**SEULEMENT POUR LES ENFANTS DE CM1 ET CM2 et  
UNIQUEMENT CEUX HABITANT AU CENTRE VILLE**

A la sortie de l'école (y compris après les NAP)

Après l'étude surveillée

J'autorise les responsables du centre de loisirs à administrer des médicaments à mon enfant (pour cela fournir obligatoirement les médicaments et une ordonnance de moins de 3 mois)

J'autorise les responsables des services municipaux à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant



**Merci de cocher les cases correspondant à vos choix**

**OUI**

**NON**

J'autorise les services municipaux à m'envoyer des informations par SMS et par mail

J'autorise les services du pôle enfance à consulter le service CAFPRO<sup>2</sup> pour consulter mes revenus et calculer le tarif du centre de loisirs

Je souhaite recevoir UNIQUEMENT mes factures par email

Je souhaite recevoir UNIQUEMENT mes factures en version papier

J'autorise les services municipaux à m'inscrire sur l'annuaire opérationnel des personnes à contacter en cas d'urgence

- L'inscription à l'annuaire opérationnel n'est soumise à aucune obligation et chaque renseignement de ce questionnaire est facultatif ;
- Les informations recueillies seront transmises à la commune dans le cadre du dispositif permanent et général d'alerte à la population ;
- Cette fiche de renseignements a pour vocation d'aider les services publics mobilisés en cas de nécessité.

**Le signataire atteste que tous les renseignements portés sur le présent document sont exacts.**

A

le

La mère

Le père

Le tuteur légal

*La Ville de Saint-Tropez met en place un système d'information informatisé pour la gestion des élèves inscrits à la restauration scolaire, à la garderie périscolaire, à l'étude surveillée, aux NAP et au centre de loisirs.*

*Pour la gestion des inscriptions scolaires la Ville utilise l'application de l'Education Nationale « Base élève 1<sup>er</sup> degré ».*

*Pour la gestion des inscriptions au transport scolaire, la Ville utilise l'application extranet du Département du Var.*

*Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès de la mairie dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.*

<sup>2</sup> Il s'agit d'un service de la CAF qui permet une consultation sécurisée et confidentielle des revenus des familles afin de calculer le tarif à appliquer pour le centre de loisirs



Le paiement s'effectue à réception de la facture :

- En espèces (300 € maximum par facture), par chèque ou carte bleue
- Par chèques emploi service universel (CESU)
- En ligne sur le site Internet de la Ville (portail des familles)
- Par prélèvement automatique

### **Prélèvement automatique :**

Si vous optez pour le prélèvement automatique, vous devez compléter le mandat de prélèvement SEPA  
prélèvement bancaire pour le règlement :

- De la restauration scolaire
- De la garderie périscolaire
- De l'étude surveillée
- Du centre de loisirs

Avec le prélèvement automatique, vos règlements en toute tranquillité !

Afin de faciliter vos démarches, il est possible de prélever sur votre compte bancaire les factures relatives  
aux différents services municipaux.

Le prélèvement automatique est un moyen de paiement :

- **SUR** – Vous n'avez plus de courrier à envoyer. Vous êtes sûrs de payer à la date limite de paiement indiquée sur votre facture sans risque de retard, même lorsque vous êtes absents.
- **SIMPLE** – Vos factures vous sont adressées comme par le passé ; vous connaîtrez à l'avance la date et le montant exact du prélèvement. Sauf avis contraire de votre part, votre contrat de prélèvement sera automatiquement reconduit, tant que vos enfants sont inscrits dans un établissement géré par le pôle enfance.
- **SOUPLE** – Vous changez de compte ou d'agence bancaire : vous contactez le guichet unique au pôle enfance pour nous aviser et transmettez votre nouveau R.I.B. Si vous renoncez à votre contrat : informez le service guichet unique par simple courrier avant la prochaine échéance. Vous pouvez adhérer à n'importe quel moment de l'année

### **COMMENT FAIRE ?**

Il vous suffit simplement de nous retourner le mandat de prélèvement SEPA complété et signé,  
accompagné d'un relevé d'identité bancaire.



Ville de  
**Saint-Tropez**

Afin que votre demande soit prise en compte, il est impératif de :

1. Compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA joint au présent dossier.
2. Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB/IBAN/RIP/RICE).
3. Déposer l'intégralité de ces documents (en même temps que le Dossier Unique d'Inscription) au pôle enfance  
– 1 chemin des vendanges 83990 SAINT-TROPEZ

### PRELEVEMENT AUTOMATIQUE MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Références de mandat unique :

Facturation Restauration / Enfance

#### Type de contrat : prélèvement Mairie de Saint-Tropez

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Ville de Saint-Tropez à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Ville de Saint-Tropez.

Vous bénéficiez d'un 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.

#### Désignation du titulaire du compte à débiter

Madame  Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

#### Désignation et identifiant du créancier

Ville de Saint-Tropez  
Place de l'Hôtel de Ville – BP 161  
83992 SAINT-TROPEZ cedex

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS)  
**FR56ZZZ570429**

#### Désignation du compte à débiter

IBAN

BIC

Signé à

Le

Signature

#### JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

*Rappel : En signant le présent mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Ville de Saint-Tropez. 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 au pôle enfance de la Ville de Saint-Tropez.*

*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 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*





MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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  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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....  
.....



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....