

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 en 2020-2021 :

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 2020-2021

Assurances ¹:

Compagnie d'assurance :

N° de la police d'assurance :

Date d'échéance :

¹ 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.



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

REGIME ALLOCATAIRE DONT DEPEND L'ENFANT

Nom de l'allocataire :

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



INSCRIPTION AUX SERVICES

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 2019/2020 : Classe :

Scolarité demandée pour l'année scolaire 2020-2021 : *cocher la case concernée*

Petite section <input type="checkbox"/>		CE2 <input type="checkbox"/>
Moyenne section <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>	CM1 <input type="checkbox"/>
Grande section <input type="checkbox"/>	CE1 <input type="checkbox"/>	CM2 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>
Garderie périscolaire maternelle matin lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8h00 à 8h20 Pas de réservation	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Garderie périscolaire maternelle soir lundi, mardi, jeudi et vendredi de 16h30 à 18h00 Des fiches de réservation sont à retirer et à déposer au pôle enfance avant le 30 du mois qui précède la période concernée.	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Garderie périscolaire élémentaire matin. lundi, mardi, jeudi et vendredi de 7h50 à 8h20 Pas de réservation	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Garderie périscolaire élémentaire soir lundi, mardi, jeudi et vendredi de 16h30 à 18h00 Pas de réservation	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Centre de loisirs Mercredi 8h00 à 18h00 Vacances scolaires lundi au vendredi 8h00 à 18h00 Fiches de réservation à compléter	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Transport scolaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

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

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-jointe)

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 soussigné(e), (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 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, à la sortie de l'école, 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 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

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



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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite recevoir UNIQUEMENT mes factures par email	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite recevoir UNIQUEMENT mes factures en version papier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise les services municipaux à m'inscrire sur l'annuaire opérationnel des personnes à contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 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



Ville de
Saint-Tropez

**DEMANDE DE CONSENTEMENT A L'UTILISATION
DES DONNÉES PERSONNELLES
REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)**

La ville de Saint Tropez est le responsable du traitement des données collectées dans le cadre de ce dossier d'inscription. Les données personnelles que vous nous communiquez par l'envoi d'un courrier électronique, par connexion à un service en ligne, par renseignement d'un formulaire ou par tout autre moyen, sont strictement confidentielles et destinées au traitement de vos demandes par la ville de Saint Tropez. Elles ne sont transmises à aucun tiers, ni à titre onéreux, ni à titre gratuit et restent sur le territoire de l'Union Européenne. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au Règlement Général sur la Protection des données (RGPD) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et de suppression des informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits, sur simple justification de votre identité, en vous adressant :

- Par courrier à Ville de Saint Tropez Place de l'hôtel de ville - 83990 Saint Tropez

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en vous adressant à la CNIL.

Consentement Utilisation des Données Personnelles RGPD

Je soussigné(e) :

Demeurant :

RECONNAIT avoir été informé par la Ville de Saint Tropez que les données personnelles recueillies me concernant ne seront utilisées que pour mener à bien mes demandes.

ACCEPTE que les données personnelles fournies soient utilisées et conservées selon la réglementation, dans ce cadre.

Nom(s) du ou des Responsables légaux

Date

Signature(s)

DEMANDE D'AUTORISATION DE CONSULTATION « MON COMPTE PARTENAIRE » CAF

La ville de Saint Tropez adhère au service informatique « Mon Compte Partenaire » proposé par la Caisse d'allocation familiale du Var, qui permet, après autorisation des familles, de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission. La ville s'engage à la confidentialité de ces informations, qui ne seront utilisées et conservées (selon la réglementation) que, dans le cadre du Calcul du Quotidien Familial et la consultation des revenus annuels.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Générales sur la Protection des Données (RGPD) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016, nous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier. En l'absence de justificatif, le tarif maximum vous sera appliqué.

Autorisation de Consultation « Mon Compte Partenaire »

Je soussigné(e) :

Demeurant :

AUTORISE la ville de Saint Tropez à consulter mes données ressources en ce connectant au service « Mon Compte Partenaire » CAF, en utilisant mon numéro d'allocataire CAF :

Nom(s) du ou des Responsables légaux

Date

Signatures



MODE DE PAIEMENT

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
- Du centre de loisirs
- Du multi accueil collectif et familial

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

Je souhaite régler mes factures par prélèvement automatique oui non

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

Signature

Le

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.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance : / / Lieu de naissance :

A. **VACCINATIONS** (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner les noms et prénoms du mineur concerné)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
OU Tétra coq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

B. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire Aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									
NON									



Ville de Saint-Tropez

ALLERGIES : ASTHME oui non / ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non / AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

A. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... Précisez.

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

B. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM

ADRESSE

.....

TEL PORTABLE BUREAU.....

NOM + TEL DU MEDECIN TRAITANT

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 chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....
.....

OBSERVATIONS

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