



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

Nom :  Prénom :  Sexe : M  F

Date de naissance :  /  /  Lieu de naissance :

Adresse complète :

Régime alimentaire particulier ? oui  non  Lequel ?

Votre enfant est-il atteint d'une intolérance ou allergie alimentaire ? oui  non

Si oui, laquelle ?  (Joindre un certificat médical d'un allergologue).

Votre enfant bénéficie-t-il :

- d'un projet d'accueil individualisé (PAI) : oui  non  Lequel :
- d'une AVS : oui  non

#### Assurances <sup>1</sup>:

Compagnie d'assurance :  N° de police d'assurance :

Ecole fréquentée en 2022-2023 :

A l'année  Saisonnier  si oui, dates présences à l'école à Saint-Tropez :

Scolarité demandée pour l'année scolaire 2022-2023 : **cocher la case concernée**

Petite section

Moyenne section

Grande section

CP

CE1

CE2

CM1

CM2

<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.



**REPRESENTANT LEGAL 1 - MERE  PERE  TUTEUR**

Nom :  Prénom :

Adresse complète :

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

Mail :  @

Profession :  Lieu :

Nom employeur :  Téléphone :  /  /  /  /

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

Responsable financier : oui  non

Situation familiale :  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale  PACS  Célibataire  Séparé(e)

**REPRESENTANT LEGAL 2 - MERE  PERE  TUTEUR**

Nom :  Prénom :

Adresse complète :

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

Mail :  @

Profession :  Lieu :

Nom employeur :  Téléphone :  /  /  /  /

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

Responsable financier : oui  non

Situation familiale :  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale  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. Les factures sont par défaut adressées au Responsable 1.

Si les adresses sont différentes, la résidence de l'enfant durant la semaine est fixée chez le :

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Préciser le rythme de garde de l'enfant :

Facturation partagée pour les gardes alternées/partagées : oui  non  (1 facture par responsable).

### INSCRIPTION AUX SERVICES

Nom et prénom de l'enfant :

<b>Restauration scolaire</b> 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"/>
<b>Garderie périscolaire maternelle matin</b> lundi, mardi, jeudi et vendredi de 7h50 à 8h20 Pas de réservation	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Garderie périscolaire maternelle soir</b> 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"/>
<b>Garderie périscolaire élémentaire matin.</b> lundi, mardi, jeudi et vendredi de 7h50 à 8h20 Pas de réservation	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Garderie périscolaire élémentaire soir</b> 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"/>
<b>Centre de loisirs</b> 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"/>
<b>Transport scolaire</b>	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**

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 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.

### LES AUTORISATIONS (personnes autres que les représentants légaux)

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 car en présence du ou des encadrants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise le personnel communal à maquiller mon enfant lors d'activités d'expression, d'atelier maquillage, de manifestations diverses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise l'équipe d'encadrement à photographier ou filmer mon enfant seul/ et ou en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise les responsables des services municipaux à m'envoyer des informations par SMS et par mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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.

**ACCEPTTE** 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

## MODES 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.

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)

<i>Vaccins obligatoires (pour les enfants nés avant 2018)</i>	Dates des derniers rappels
Antidiphtérique	
Antitétanique	
Antipoliomyélique	

<i>Vaccins obligatoires (à partir de Janvier 2018)</i>	Dates des derniers rappels
Coqueluche	
Rougeole	
Oreillons	
Rubéole	
Infect <sup>o</sup> invasive à Haemophilus influenza de type B	
Hépatite B	
Infection invasive à pneumocoque	
Meningocoque de sérogroupe C	

B.

Pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, les vaccins obligatoires sont : la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'haemophilus influenzae B (bactérie provoquant notamment des pneumopathies et des méningites), la coqueluche, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le méningocoque C (bactérie provoquant des méningites), le pneumocoque (bactérie provoquant notamment des pneumopathies et des méningites).

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**

### C. 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									

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

.....

.....