



**Mairie de
SAINT-POURCAIN-SUR-SIOULE
SERVICE ENFANCE**

SERVICES PERISCOLAIRES

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2020/2021
A RENDRE AVANT LE 31 JUILLET**

Demande à retourner en Mairie accompagné du règlement financier, du mandat de prélèvement et d'un RIB.
Et un justificatif de domicile original (quittance récente ou Avis d'imposition) :

Hôtel de Ville
Service Enfance et Vie associative
11 place Maréchal Foch 03500 Saint-Pourçain-sur-Sioule
Téléphone : 04-70-45-88-45 ou pmoulin@ville-saint-pourcain-sur-sioule.com

DEMANDE

JE(NOUS) SOUSSIGNE(S),

DEMANDEUR(S), TITULAIRE(S) DE L'AUTORITE PARENTALE,

M Mme Nom : _____ Prénom(s) : _____

Domicile : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Mail : _____@

Employeur (Nom et adresse) _____

Lien avec l'Enfant : Père Mère Tuteur Autre _____

M Mme Nom : _____ Prénom(s) : _____

Domicile : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Mail : _____@

Employeur (Nom et adresse) _____

Lien avec l'Enfant : Père Mère Tuteur Autre _____

AGISSANT A L'EFFET DES PRESENTES EN QUALITE DE REPRESENTANT(S) LEGAL(AUX) DE

L'ENFANT

M Mlle Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu : _____

Organisme versant les allocations familiales : CAF MSA N° d'allocataire _____

Médecin traitant : _____ Tél : _____

Renseignements médicaux :	L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?	Varicelle <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Rougeole <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Rubéole <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Suit-il un traitement médical ?	Scarlatine <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Oreillons <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Asthme <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Est-il sujet à des allergies ou problèmes médicaux ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel : _____		
	Suit-il un régime alimentaire spécifique pour raisons médicales ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel : _____		
		<input type="checkbox"/> Joindre un Certificat médical à la présente		
L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'accueil individualisé (PAI) ?		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Joindre le document à la présente		

SCOLARISE A L'ECOLE MATERNELLE Camille Claudel Françoise Dolto Classe : _____
 PRIMAIRE Michelet-Berthelot

DEMANDE(ONS) L'INSCRIPTION DE CELUI(LE)-CI

A(AUX) SERVICE(S) PERISCOLAIRE(S) CONCERNE(S) PAR LA PRESENTE INSCRIPTION

<input type="checkbox"/> Accueil périscolaire :	<input type="checkbox"/> Transports scolaires : (Gratuits)*	<input type="checkbox"/> Restaurant scolaire :
<input type="checkbox"/> en maternelle <input type="checkbox"/> 7h20/8h20 (1,00 €)*	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	(St-Pourçain : 2,75 € / Extérieurs : 3,40 €)*
<input type="checkbox"/> en primaire <input type="checkbox"/> 16h30/18h30 (2,00 €)*	Place de la Gare 08h10 16h50	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7h20/8h20 (1,00 €)*	Michelet-Berthelot 08h20 16h50	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18h00/18h30 (0,50 €)*	Ecole F.Dolto 08h25 16h35	
Facturation : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Midi : depuis l'école C.Claudel :	Facturation : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
<input type="checkbox"/> Autre _____	Restaurant scolaire 11h55	<input type="checkbox"/> Autre _____

* Tarifs en vigueur à la date de la présente demande et susceptibles d'évolution suivant Délibération du Conseil Municipal

DONT JE(NOUS) M'(NOUS) ENGAGE(ONS) à respecter les horaires ainsi que les règles de fonctionnement telles que portées à la charte du restaurant scolaire dont une copie m'a été remise lors de la présente inscription,

AUTORISE(ONS) le personnel du(des) services sus-indiqués à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'Enfant,

DESIGNONS expressément

LES PERSONNES SUIVANTES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (dans l'ordre de priorité) :

M Mme Nom : _____ Prénom(s) : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Lien avec l'Enfant : Ami de la famille Assistant.e maternel.le Grands-parents Autres : _____

M Mme Nom : _____ Prénom(s) : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Lien avec l'Enfant : Ami de la famille Assistant.e maternel.le Grands-parents Autres : _____

M Mme Nom : _____ Prénom(s) : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Lien avec l'Enfant : Ami de la famille Assistant.e maternel.le Grands-parents Autres : _____

LES PERSONNES SUIVANTES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT :

M Mme Nom : _____ Prénom(s) : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Lien avec l'Enfant : Ami de la famille Assistant.e maternel.le Grands-parents Autres : _____

M Mme Nom : _____ Prénom(s) : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Lien avec l'Enfant : Ami de la famille Assistant.e maternel.le Grands-parents Autres : _____

M Mme Nom : _____ Prénom(s) : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Lien avec l'Enfant : Ami de la famille Assistant.e maternel.le Grands-parents Autres : _____

ATTESTE(ONS) que l'enfant est couvert par une assurance en matière de responsabilité civile et d'individuelle accident corporel ;
ATTESTE(ONS) SUR L'HONNEUR de l'exactitude des renseignements fournis et que la présente demande d'inscription est faite avec l'accord de l'autre personne avec laquelle est exercée l'autorité parentale ;

AUTORISE(ONS) la Mairie de Saint-Pourçain-sur-Sioule à prendre, utiliser, reproduire et publier sur tous supports (internet, revues, presse, etc...) les photographies et les enregistrements vidéo et audio qui seraient réalisés dans le cadre des activités périscolaires et sur lesquels figure l'enfant, sans que cela occasionne une demande de rémunération ou d'indemnisation de ma part.

AUTORISE(ONS) de manière expresse et non-équivoque la Commune à collecter et traiter informatiquement les données personnelles renseignées dans la présente Demande dans le cadre de la gestion administrative et pédagogique des élèves ;

RECONNAIS(SONS) être avisé(s) bénéficiaire d'un droit d'accès et de rectification aux informations renseignées dans la présente Demande en s'adressant à la Mairie de Saint-Pourçain-sur-Sioule ;

Fait à Saint-Pourçain-sur-Sioule, le _____

Signature(s) du(de la)(des) demandeur(e)(s)

DECISION

LE MAIRE DE SAINT-POURCAIN-SUR-SIOULE, VU LA DEMANDE ET LES ELEMENTS JUSTIFICATIFS CI-DESSUS,

ACCEPTE L'INSCRIPTION DEMANDEE

REFUSE L'INSCRIPTION DEMANDEE AU MOTIF _____

LA PRESENTE DECISION VALANT CERTIFICAT D'INSCRIPTION sur la liste scolaire établie par le Maire en application de l'article L.131-6 du Code de l'Education et autorisant l'inscription dans les écoles publiques de la Commune.

Fait à Saint-Pourçain-sur-Sioule, le _____

Signature du Maire ou de son représentant

MODIFICATION

Fait à Saint-Pourçain-sur-Sioule, le _____

Signature(s) du(de la)(des) demandeur(e)(s)