



**MAIRIE DE  
SAINT-POURCAIN-SUR-SIOULE**  
**SERVICE ENFANCE**

## SERVICES PERISCOLAIRES

### DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2021/2022 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](mailto:pmoulin@ville-saint-pourcain-sur-sioule.com)

### DEMANDE

JE(NOUS) SOUSSIGNE(S),

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

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>
Domicile : <input type="text"/>				
Tél domicile :	<input type="text"/>	Tél portable :	<input type="text"/>	Mail : <input type="text"/> @
Employeur (Nom et adresse) : <input type="text"/>				
Lien avec l'Enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>
Domicile : <input type="text"/>				
Tél domicile :	<input type="text"/>	Tél portable :	<input type="text"/>	Mail : <input type="text"/> @
Employeur (Nom et adresse) : <input type="text"/>				
Lien avec l'Enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>				

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

L'ENFANT

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mlle	Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Lieu : <input type="text"/>				
Organisme versant les allocations familiales : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA N° d'allocataire <input type="text"/>				
Médecin traitant : <input type="text"/> Tél : <input type="text"/>				
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
		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
	Suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel : <input type="text"/>		
	Est-il sujet à des allergies ou problèmes médicaux ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel : <input type="text"/>		
	Suit-il un régime alimentaire spécifique pour raisons médicales ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel : <input type="text"/>		
<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	<input type="checkbox"/> MATERNELLE	<input type="checkbox"/> Camille Claudel	<input type="checkbox"/> Françoise Dolto	Classe : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 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.Claudé :	Facturation : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
<input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>	Restaurant scolaire 11h55	<input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>

\* 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) bénéficié 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)