



**VILLE DE
SAINT-POURÇAIN-SUR-SIOULE**
SERVICE ENFANCE

SERVICES PERISCOLAIRES

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2024/2025 A RENDRE AVANT LE 4 JUILLET 2024

Demande à retourner en Mairie accompagné d'un justificatif de domicile original (quittance récente ou Avis d'imposition)
Et si c'est une première inscription ou que vos coordonnées bancaires ont changé : du règlement financier, du mandat de prélèvement et d'un RIB.

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 Non Oui Rougeole Non Oui Rubéole Non Oui
Scarlatine Non Oui Oreillons Non Oui Asthme Non Oui

Suit-il un traitement médical ? Non Oui Lequel : _____

Est-il sujet à des allergies ou problèmes médicaux ? Non Oui Lequel : _____

Suit-il un régime alimentaire spécifique pour raisons médicales ? Non Oui Lequel : _____

Joindre un Certificat médical à la présente

L'enfant fait-il l'objet d'un Projet d'accueil individualisé (PAI) ? Non Oui Joindre le document à la présente

SCOLARISE A L'ECOLE MATERNELLE Camille Claudel Françoise Dolto Classe à la rentrée : _____
 PRIMAIRE Berthelot _____

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

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

Accueil périscolaire : Transports scolaires : (Gratuits)* Restaurant scolaire :
 en maternelle 7h20/8h20 (1,00 €)* Matin Soir Tarifs 2023-2024 :
 16h30/18h30 (2,00 €)* St-Pourçain : 3.00 € / Extérieurs : 3,75 €*
Place de la Gare 08h10 16h50

en primaire 7h20/8h20 (1,00 €)* Berthelot 08h20 16h50
 18h00/18h30 (0,50 €)* Ecole F.Dolto 08h25 16h35

Facturation : Père Mère Tuteur Midi : depuis l'école C.Claudé : Facturation : Père Mère Tuteur
 Autre _____ Restaurant scolaire 11h55 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) :

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>	
Tél domicile :		<input type="text"/>	Tél portable :		<input type="text"/>
Lien avec l'Enfant : <input type="checkbox"/> Ami de la famille <input type="checkbox"/> Assistant.e maternel.le <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>	
Tél domicile :		<input type="text"/>	Tél portable :		<input type="text"/>
Lien avec l'Enfant : <input type="checkbox"/> Ami de la famille <input type="checkbox"/> Assistant.e maternel.le <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>	
Tél domicile :		<input type="text"/>	Tél portable :		<input type="text"/>
Lien avec l'Enfant : <input type="checkbox"/> Ami de la famille <input type="checkbox"/> Assistant.e maternel.le <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>					

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

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>	
Tél domicile :		<input type="text"/>	Tél portable :		<input type="text"/>
Lien avec l'Enfant : <input type="checkbox"/> Ami de la famille <input type="checkbox"/> Assistant.e maternel.le <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>	
Tél domicile :		<input type="text"/>	Tél portable :		<input type="text"/>
Lien avec l'Enfant : <input type="checkbox"/> Ami de la famille <input type="checkbox"/> Assistant.e maternel.le <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	<input type="text"/>	Prénom(s) :	<input type="text"/>	
Tél domicile :		<input type="text"/>	Tél portable :		<input type="text"/>
Lien avec l'Enfant : <input type="checkbox"/> Ami de la famille <input type="checkbox"/> Assistant.e maternel.le <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>					

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 ;

<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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 ;
<input type="checkbox"/> 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)