



**VILLE DE LA SEYNE-SUR-MER
SERVICE DU GUICHET UNIQUE**

Dossier unique de demande d'inscription
ANNEE SCOLAIRE 2017-2018

**LES DOSSIERS SONT A RETOURNER
AU GUICHET UNIQUE (Espace social Docteur Paul Raybaud) - 04.94.06.97.00**

AVANT LE 15 JUIN 2017 – DELAI DE RIGUEUR

**LA SEYNE
SUR MER**

PIECES A FOURNIR

- La photocopie du dernier bulletin de salaire des 2 parents ou contrat de travail
- La photocopie du jugement de divorce ou de la convention homologuée auprès du Juge aux Affaires Familiales dans le cas où l'enfant ne devrait pas être remis à l'un des 2 parents
- La photocopie de l'attestation CAF du quotient familial en cours **OU** l'autorisation des familles pour le Guichet Unique d'accéder au compte CAFPRO (à signer dans le dossier famille). **A défaut**, photocopie de l'avis d'imposition
- La photocopie du DT Polio uniquement

ATTENTION : A compter de cette année, les 3€ de droit d'inscription seront intégrés dans votre première facture du mois de Septembre 2017.

Le prélèvement automatique vous est proposé afin de faciliter vos démarches (se renseigner auprès des agents du Guichet Unique). Pour les familles qui seraient déjà en prélèvement pour l'année scolaire 2016/2017, il n'est pas utile de renouveler cette démarche sauf en cas de changement de compte bancaire.

Inscriptions

pour l'Ecole Municipale des Sports
du 28/08/2017 au 30/08/2017
Au service du guichet unique
Espace Social
Docteur Paul RAYBAUD

Présentation des activités lors de
la Fête des EMS
sur le Parc Braudel

Inscriptions

pour l'Ecole Municipale des Beaux-Arts
Du 19 Juin au 23 Juin 2017
Au service du guichet unique
Espace Social
Docteur Paul RAYBAUD

Tout dossier incomplet et/ou remis après le délai de rigueur ne pourra être traité pour la rentrée scolaire de Septembre

DOSSIER FAMILLE
ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE OU VOS ENFANTS (uniquement ceux âgés de 2 à 11 ans)				
	1er enfant	2ème enfant	3ème enfant	4ème enfant
Nom de famille				
Prénom				
Sexe				
Date de naissance				
Ecole fréquentée (2017/2018)				
Classe en 2017/2018				

INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE						
	RESPONSABLE 1			RESPONSABLE 2 / CONJOINT		
	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Nom de famille						
Nom d'usage						
Prénom						
Date de naissance						
Adresse						
Tél. portable						
Tél. travail						
Profession						
Adresse mail						

SITUATION FAMILIALE	
Marié(e) <input type="checkbox"/>	Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)* <input type="checkbox"/> Séparé(e)* <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>
* En cas de divorce ou de séparation, l'autorité parentale est :	
Conjointe <input type="checkbox"/>	Alternée <input type="checkbox"/> Exclusivement à la mère <input type="checkbox"/> Exclusivement au père <input type="checkbox"/>
Dans le cas où l'enfant ne devrait pas être remis à l'un des 2 parents, merci de nous fournir une copie du jugement de divorce ou une copie de la convention homologuée auprès du Juge aux Affaires Familiales	
Nombre d'enfant(s) :	

ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE		
Nom de l'assurance	N° de contrat	Validité
.....	____/____/____

N° Allocataire CAF :

Je, soussigné(e), Mme – Mlle – M..... autorise le service du Guichet Unique de la Mairie de La Seyne-sur-Mer à consulter le service CAFPRO (accès internet à caractère professionnel mis à notre disposition par la CAF) afin d'obtenir mon quotient familial pour l'année 2017/2018.

CERTIFICATS MEDICAUX A FOURNIR

VACCINATIONS : à fournir obligatoirement pour chaque enfant

- une copie du carnet de vaccination (DT Polio uniquement)

OU

- un certificat médical du médecin traitant certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires.

EN CAS D'INAPTITUDE A L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (EPS) : à fournir obligatoirement

- Un certificat médical précisant le caractère total ou partiel de l'inaptitude à l'EPS et mentionnant sa durée.

Mentionner ici le nom, prénom du ou des enfants concernés :

Nom/prénom/établissement fréquenté du ou des enfants présentant une inaptitude à l'EPS :

J'accepte que le responsable de l'activité municipale prenne toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence ou d'accident grave survenant à mon enfant pouvant entraîner une hospitalisation,

Je certifie l'exactitude des renseignements portés à la connaissance du service du guichet unique,

Je m'engage à communiquer tout changement relatif aux renseignements donnés au service du guichet unique,

J'atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs spécifiques à chaque service,

J'atteste avoir pris connaissance du règlement administratif du Guichet Unique.

La Seyne-sur-Mer, le/...../2017

Signature des Responsables Légaux

ATTENTION

Si l'un de vos enfants bénéficie d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé), merci de vous rapprocher du Guichet Unique afin qu'il vous communique les documents à remplir.

Commune de La Seyne-sur-Mer – Responsable du Service du Guichet Unique.

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions. Les destinataires des données sont : Commune de La Seyne-sur-Mer – Responsable du Service du Guichet Unique ».

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à Commune de La Seyne-sur-Mer – Responsable du Service du Guichet Unique. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

AUTORISATIONS PARENTALES - ANNEE 2017-2018

Je, soussigné(e), Mme, M..... (père – mère – représentant légal)*

* *Rayer la mention inutile*

- **Autorise** les personnes nommées ci-dessous à récupérer mon ou mes enfant(s) **autre que les parents** :

Nom - Prénom	Qualité	Tél. domicile	Tél. portable	Tél. professionnel

- **Désigne** les personnes à prévenir en cas d'accident **autre que les parents** :

Nom - Prénom	Qualité	Tél. domicile	Tél. portable	Tél. professionnel

Prénoms des enfants :
------------------------------	-------	-------	-------	-------

Autorise mon enfant à être maquillé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
--	---	---	---	---

Autorisation mon enfant à être photographié et/ou filmé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
--	---	---	---	---

Autorise la diffusion en interne (Structures et Services Municipaux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
--	---	---	---	---

Autorise la diffusion en externe (Presse, radio, télévision)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
--	---	---	---	---

Autorise mon enfant à partir seul de :				
---	--	--	--	--

- L'accueil périscolaire (Après-midi)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
---------------------------------------	---	---	---	---

- L'accueil périscolaire (Mercredi)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
-------------------------------------	---	---	---	---

- L'accueil de loisirs (Vacances scolaires)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
---	---	---	---	---

- L'école Municipale des Beaux-Arts	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
-------------------------------------	---	---	---	---

- L'école Municipale des Sports	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
---------------------------------	---	---	---	---

PRE-INSCRIPTIONS / ACTIVITES EXTRA ET PERISCOLAIRES

Prénom de l'enfant	1er enfant	2ème enfant	3ème enfant	4ème enfant
Accueil Périscolaire du matin 7h30 - 8h30	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Accueil Périscolaire du soir 1/ activités pédagogiques 16h30 – 17h30 (plage fixe)	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
2/ garderie 17h30 – 18h00	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Etude surveillée 16h30 – 17h30 (plage fixe)	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Restauration (2 jours minimum)	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Accueil de loisirs	St-Exupéry <input type="checkbox"/> JJ Rousseau <input type="checkbox"/> A. France/Martini <input type="checkbox"/> Derrida/Renan <input type="checkbox"/> L. Lagrange <input type="checkbox"/>	St-Exupéry <input type="checkbox"/> JJ Rousseau <input type="checkbox"/> A. France/Martini <input type="checkbox"/> Derrida/Renan <input type="checkbox"/> L. Lagrange <input type="checkbox"/>	St-Exupéry <input type="checkbox"/> JJ Rousseau <input type="checkbox"/> A. France/Martini <input type="checkbox"/> Derrida/Renan <input type="checkbox"/> L. Lagrange <input type="checkbox"/>	St-Exupéry <input type="checkbox"/> JJ Rousseau <input type="checkbox"/> A. France/Martini <input type="checkbox"/> Derrida/Renan <input type="checkbox"/> L. Lagrange <input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Vacances de La Toussaint	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Vacances de Noël	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Vacances de Février	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Vacances de Pâques	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Vacances d'été	Juillet <input type="checkbox"/> Août <input type="checkbox"/>			
Base Nautique	Juillet <input type="checkbox"/> Août <input type="checkbox"/>			

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Fiche sanitaire confidentielle-secret médical)

(Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles)

NOM DE L'ENFANT.....PRENOM.....

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Dates des vaccinations	Dates des rappels
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq	___/___/___	___/___/___

ALLERGIES

☞ Votre enfant a-t-il des allergies ?

Cocher les cases correspondantes

<u>Origines :</u>	<u>Manifestations de l'allergie :</u>
● Alimentaires <input type="checkbox"/> Préciser :	● Cutanée <input type="checkbox"/>
● Médicamenteuses <input type="checkbox"/> Préciser :	● Respiratoire <input type="checkbox"/>
● Pollens/ Graminées <input type="checkbox"/> Préciser :	● Rhinite <input type="checkbox"/>
● Autres <input type="checkbox"/> Préciser :	● Œdème <input type="checkbox"/>
	● Autres <input type="checkbox"/> Préciser :

MALADIES CHRONIQUES

● Asthme <input type="checkbox"/>	● Épilepsie <input type="checkbox"/>
● Diabétique <input type="checkbox"/> Préciser le type :	● Autre maladie chronique <input type="checkbox"/> Préciser :

Si l'une des cases est cochées, joindre l'Attestation Médicale fournie et la trousse d'urgence si nécessaire au Directeur de l'Accueil

REGIME ALIMENTAIRE

☞ Votre enfant a-t-il une intolérance ? <input type="checkbox"/> Préciser
☞ Votre enfant a-t-il un régime alimentaire? <input type="checkbox"/> Préciser
☞ Votre enfant a-t-il une alimentation particulière? <input type="checkbox"/> Préciser

TRAITEMENT MEDICAL

☞ Votre enfant suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> Préciser les médicaments, la posologie, les précautions particulières
<i>*En cas de traitement, merci de nous fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant à remettre au Directeur de l'accueil). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Par mesure de sécurité, les enfants ne doivent en aucun cas détenir des médicaments sur eux.</i>

P.A.I

☞ Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) <input type="checkbox"/>
<i>Si Oui, joindre l'Attestation Médicale de la Caisse des Écoles fournie et la trousse d'urgence si nécessaire au Directeur de l'Accueil</i>

SANTE - HANDICAP

- Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, crises convulsives..).....
- Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou une école spécialisée ?.....
- Votre enfant est-il en situation de Handicap ou une autres situations impliquant une attention particulière ?
- Moteur
- Sensoriels.....
- Psychiatrique
- Psychologique et comportementale
- Maladie génétique

Si l'une des cases est cochées, joindre l'Attestation Médicale fournie et la trousse d'urgence si nécessaire au Directeur de l'Accueil

Autre:(prothèses lentilles, lunettes...)

Préciser, contre-indications et recommandations

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Personnes à prévenir en cas d'accident autres que les parents

Nom-Prénom	Qualité	Domicile	Mobile
		___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
		___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
		___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
		___/___/___/___/___	___/___/___/___/___

Je soussigné(e) Mme, M..... (père- mère-représentant légal)*

**Rayer la mention inutile*

Autorise l'équipe pédagogique du séjour et le Président de la Caisse des écoles à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, d'accident grave ou de maladie survenant à mon enfant et pouvant entraîner une hospitalisation.

Déclare l'exactitude des renseignements portés sur ce document

M'engage à communiquer tout changement relatif à ces renseignements

La Seyne sur mer, le ___/___/___
Signature des responsables légaux

MISE A JOUR DU DOSSIER

Date :

Signature du responsable légal :