

DOSSIER A RETOURNER COMPLET AVANT LE JEUDI 30 JUIN 2016

Responsable		Conjoint(e)	
Nom :	.....	Nom :	.....
Nom de jeune fille :	.....	Nom de jeune fille :	.....
Prénom :	.....	Prénom :	.....
Né(e) le :	.....	Né(e) le :	.....
Situation Familiale :	.....	Situation Familiale :	.....
Adresse :	.....	Adresse :	.....
N° Sécurité sociale :	.....	N° Sécurité sociale :	.....
Profession :	.....	Profession :	.....
Téléphone Fixe :	.....	Téléphone Fixe :	.....
Téléphone Portable :	.....	Téléphone Portable :	.....
Adresse Mail :	.....	Adresse Mail :	.....
Nombre d'enfant(s) dans le foyer :	.....	Nombre d'enfant(s) dans le foyer :	.....
Autorité parentale :	.....	Autorité parentale :	.....
J'adhère à la facture par mail :	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	J'adhère à la facture par mail :	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
L'enfant			
Nom :	.....	Sexe :	.....
Prénom :	.....	Date de naissance :	.....
Ecole :	.....	Lieu de naissance :	.....
		Classe :	.....
Choix des Activités			
Cochez les cases pour lesquelles votre enfant se présentera à l'activité :			
Restauration scolaire :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>
Garderie du Matin :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/> Mercredi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>
Garderie 16h30-17h30 :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>
Garderie 17h30-18h00 :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>
<i>NB : Les inscriptions cochées aux activités payantes (hors TAP) seront facturées. -- Les absences non justifiées de l'enfant seront facturées -- Les absences justifiées seront régularisées le mois suivant.</i>			
<u>Temps d'activités Périscolaires (TAP – gratuits)</u>			
En maternelle (15h30-16h30)	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>
En élémentaire (16h00-16h30)	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>
En élémentaire (Jeudi 12h-16h) *			Jeudi <input type="radio"/>
<i>* : implique l'inscription obligatoire de l'enfant à la restauration scolaire le jeudi</i>			
La santé de votre enfant (allergie ou pathologie) impose-t-elle la mise en place d'une convention de repas spécifique (circulaire n°2003-135DU 08-09-2003)			
	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	(si oui, joindre le PAI au dossier)
Présente-t-il des allergies ou intolérances alimentaires			
	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Lesquelles
Choix des types de menus			
	Standard <input type="radio"/>	Sans porc <input type="radio"/>	

DOSSIER A RETOURNER COMPLET AVANT LE JEUDI 30 JUIN 2016

Documents à fournir

- Photocopie d'un justificatif de domicile de moins de trois mois (de préférence une facture de téléphone)
- Photocopie des trois derniers bulletins de salaire des parents ou autre justificatif d'emploi ou de recherche d'emploi
- Photocopie de l'attestation d'assurance de responsabilité (pour l'année scolaire)
- Fiche sanitaire de liaison remplie
- Le cas échéant, photocopie du Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Il est de votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels votre enfant pourrait être exposé dans le cadre des activités proposées

Contrat N° Compagnie D'assurances :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom :	.....	Nom :	.....
Prénom :	.....	Prénom :	.....
Adresse :	.....	Adresse :	.....
Téléphone :	.....	Téléphone :	.....

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT SUR PRESENTATION D'UNE PIECE D'IDENTITE

Nom :	.....	Nom :	.....
Prénom :	.....	Prénom :	.....
Adresse :	.....	Adresse :	.....
Téléphone :	.....	Téléphone :	.....

Exploitation d'image

M. Mme.....,

Donnent Ne donnent pas

l'autorisation à la Mairie de Villefranche-Sur-Mer de reproduire ou représenter la (les) photographie(s) prise(s) par celle-ci et représentant mon enfant pour les usages suivants :

- Publication dans le cadre d'articles d'information du bulletin municipal
- Publication dans la presse
- Publication de photos ou d'images à partir des supports réalisés dans le cadre de la communication municipale

ceci sans aucun but commercial. Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la ou des) photographie(s) ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée. Cette autorisation est valable du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2017.

Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie que l'enfant.....

Est à jour de ses vaccinations et apte à pratiquer les activités sportives dispensées lors des activités périscolaires.

Fait-à le Signature et cachet du médecin

FICHE RELATIVE A LA TARIFICATION DES PRESTATIONS ENFANCE

NOM DE L'ENFANT :

Adresse du foyer où vit l'enfant :

Nombre d'enfants à charge dans le foyer

Composition et Ressources du Foyer

NOM :

PRENOM :

Lien avec l'enfant :

Situation familiale :

Marié Célibataire Pacs Union libre Divorcé Veuf/ve

Employeur :

Adresse employeur :

.....

NOM :

PRENOM :

Lien avec l'enfant :

Situation familiale :

Marié Célibataire Pacs Union libre Divorcé Veuf/ve

Employeur :

Adresse employeur :

.....

Régime social

CAF MSA CCSS SPME

Autre, à préciser :

Montant des prestations mensuelles perçues :

CAF MSA CCSS SPME

Autre, à préciser :

Montant des prestations mensuelles perçues :

Pièces nécessaires pour le calcul de votre quotient familial

CAS n°1 : Je perçois des prestations familiales de la CAF

- J'autorise la personne habilitée par la CAF à consulter mes données personnelles sur le site CAFPRO
N° d'allocataire :
- Je n'autorise pas la personne habilitée par la CAF à consulter mes données personnelles sur le site CAFPRO

Vous devez fournir :

- L'avis d'imposition 2015 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2014
- Le dernier décompte des prestations familiales versées par la CAF

CAS n°2 : Je ne perçois pas de prestations familiales de la CAF

Vous devez fournir :

- L'avis d'imposition 2015 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2014 (merci de nous fournir au 1/12/2016 votre avis d'impôt 2016 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2015)
- Le dernier décompte des prestations familiales versées par votre caisse sociales (ex : CCSS, SPME, ETC...)

Ces informations sont susceptibles d'être vérifiées par les prestataires sociaux

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,..... déclare exacts l'intégralité des renseignements inscrits par mes soins dans ce dossier.

Date :

Signatures des responsables légaux