

**Merci de cocher pour tout changement de situation**

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 accueils

Cochez les cases pour lesquelles votre enfant sera présent à l'accueil :

#### Ecole maternelle les Magnolias

Restauration scolaire :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>
<b>Accueil</b>				
- Matin 7h30-8h05 :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>
- Soir 16h00-16h30 :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>
- Soir 16h30-17h30 :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>
- Soir 17h30-18h30 :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>

#### Ecole Elémentaire J.Caldéroni

Restauration scolaire :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>
<b>Accueil</b>				
- Matin 7h30-8h20 :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>
- Soir 16h15-16h30 : <b>gratuit</b>	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>
- Soir 16h30-17h30 :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>
- Soir 17h30-18h30 :	Lundi <input type="radio"/>	Mardi <input type="radio"/>	Jeudi <input type="radio"/>	Vendredi <input type="radio"/>

Etude surveillée (lundi, mardi, jeudi) **Forfait 34 €** : Oui  Non

**NB : Les inscriptions aux accueils cochées seront facturées. -- Les absences non justifiées de l'enfant seront facturées -- Les absences justifiées seront régularisées le mois suivant.**

La santé de votre enfant (allergie ou pathologie) impose-t-elle la mise en place d'une convention de repas spécifique (circulaire N°2003-135 du 08-09-2003) Non  Oui  (si oui, joindre le PAI au dossier)

Présente-t-il des allergies ou intolérances alimentaires Non  Oui  Lesquelles.....

Choix des types de menus Standard  Sans porc

Merci de cocher pour tout changement de situation

### 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
- Attestation CAF avec quotient familial ou photocopie avis impôt 2017 sur 2016 recto verso
- 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'assurance : .....

### 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<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2019.

### 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

**Merci de cocher pour tout changement de situation**

**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

Séparé

Employeur : .....

Adresse employeur : .....

.....

NOM : .....

PRENOM : .....

Lien avec l'enfant : .....

Situation familiale :

Marié  Célibataire  Pacs  Union libre  Divorcé  Veuf/ve

Séparé

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 :**

- Je fournis mon attestation CAF avec mon quotient familial

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

Je fournis :

- **Pour une 1<sup>ère</sup> inscription** : l'avis d'imposition 2017 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2016 l'avis d'impôt 2018 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2017 **au plus tard le 15/11/2018**
- **Pour un renouvellement d'inscription** : l'avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017 **au plus tard le 15/11/2018**

**CAS n°3 : Régime social autre que CAF (CCSS, SPME, MSA...)**

- **Pour une 1<sup>ère</sup> inscription** : l'avis d'imposition 2017 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2016 puis l'avis d'impôt 2018 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2017 **au plus tard le 15/11/2018**
- **Pour un renouvellement d'inscription** : l'avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017 **au plus tard le 15/11/2018**
- **Le dernier décompte des prestations familiales versées par votre caisse sociale.**

**En l'absence des pièces demandées, le tarif au plafond sera appliqué.**

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

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

Date :

Signatures des responsables légaux

Merci de cocher pour tout changement de situation