

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 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"/>
portailfamille.villefranche-sur-mer.fr	portailfamille.villefranche-sur-mer.fr

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 Mardi Jeudi Vendredi

Accueil

- Matin 7h30-8h05 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- Soir 16h00-16h30 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- Soir 16h30-17h30 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- Soir 17h30-18h30 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Ecole Elémentaire J.Caldéroni

Restauration scolaire : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Accueil

- Matin 7h30-8h20 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- Soir 16h15-16h30 : **gratuit** Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- Soir 16h30-17h30 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
- Soir 17h30-18h30 : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

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

NB : Les inscriptions aux accueils cochées seront facturées. Les absences non justifiées 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

- Copie d'un justificatif de domicile de moins de trois mois (EDF, téléphone ...)
- Copie des trois derniers bulletins de salaire des parents ou autre justificatif d'emploi ou de recherche d'emploi
- Attestation CAF avec dernier quotient familial ou copie avis impôt 2018 sur 2017 dans sa totalité ou attestation CCSS, attestation SPME....
- Copie de l'attestation d'assurance de responsabilité pour l'année scolaire : à fournir à la rentrée de septembre
- Fiche sanitaire de liaison remplie
- Le cas échéant, copie 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^{er} septembre 2018 au 31 août 2019.

Certificat Médical Obligatoire

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(e) Célibataire Pacs Union libre Divorcé (e) Veuf/ve

Séparé (e)

Employeur :

Adresse employeur :

.....

NOM :

PRENOM :

Lien avec l'enfant :

Situation familiale :

Marié(e) Célibataire Pacs Union libre Divorcé (e) Veuf/ve

Séparé (e)

Employeur :

Adresse employeur :

.....

Régime social

CAF CCSS MSA SPME

Autre, à préciser :

Montant des prestations mensuelles perçues :

CAF CCSS MSA 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 dernier quotient familial

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

Je fournis :

- **Pour une 1^{ère} inscription** : l'avis d'imposition 2018 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2017 l'avis d'impôt 2019 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2018 **au 15/11/2019**
- **Pour un renouvellement d'inscription** : l'avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018 **au 15/11/2019**

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

- **Pour une 1^{ère} inscription** : l'avis d'imposition 2018 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2017 puis l'avis d'impôt 2019 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2018 **au 15/11/2019**
- **Pour un renouvellement d'inscription** : l'avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018 **au 15/11/2019**
- **Le dernier décompte des prestations familiales versées par votre caisse sociale (CCSS, SPME, MSA...)**

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

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