

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

Responsable		Conjoint(e)	
Nom : .....	Nom : .....	Nom de jeune fille : .....	Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Né(e) le : .....	Né(e) le : .....	Situation Familiale : .....	Situation Familiale : .....
Adresse : .....	Adresse : .....	N° Sécurité sociale : .....	N° Sécurité sociale : .....
N° Sécurité sociale : .....	N° Sécurité sociale : .....	Profession : .....	Profession : .....
Profession : .....	Profession : .....	Adresse Mail : .....	Adresse Mail : .....
Adresse Mail : .....	Adresse Mail : .....	Téléphone : .....	Téléphone : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....	Nombre d'enfant(s) dans le foyer : .....	Nombre d'enfant(s) dans le foyer : .....
Nombre d'enfant(s) dans le foyer : .....	Nombre d'enfant(s) dans le foyer : .....	Autorité parentale : .....	Autorité parentale : .....
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"/>
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
portailfamille.villefranche-sur-mer.fr	portailfamille.villefranche-sur-mer.fr	J'autorise l'envoi de messages électroniques par le service scolaire sur mon adresse mail Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	J'autorise l'envoi de messages électroniques par le service scolaire sur mon adresse mail Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
J'autorise l'envoi de messages électroniques par le service scolaire sur mon adresse mail Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	J'autorise l'envoi de messages électroniques par le service scolaire sur mon adresse mail Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	<b>L'enfant</b>	
<b>L'enfant</b>		Nom : .....	Sexe : .....
Nom : .....	Sexe : .....	Prénom : .....	Date de naissance : .....
Prénom : .....	Date de naissance : .....	Ecole : .....	Lieu de naissance : .....
Ecole : .....	Lieu de naissance : .....		Classe : .....
	Classe : .....	<b>Choix des accueils</b>	
<b>Choix des accueils</b>			
<b>Ecole maternelle les Magnolias</b>			
<b>Restauration scolaire :</b> Lundi <input type="radio"/> Mardi <input type="radio"/> Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>			
<b>Accueil garderie forfait mensuel :</b>			
Matin 7h30-8h05 : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Soir 16h00-18h30 : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
<b>Ecole Elémentaire J.Calderoni</b>			
<b>Restauration scolaire :</b> Lundi <input type="radio"/> Mardi <input type="radio"/> Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/>			
<b>Accueil garderie forfait mensuel :</b>			
Matin 7h30-8h20 : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Soir 16h30-18h30 : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
<b>Etude surveillée :</b> (lundi, mardi, jeudi) Forfait 34 € : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>			
<b>Navette scolaire :</b> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> (abonnement auprès de Scolabus : <a href="mailto:transport-scolaire@nicecotedazur.org">transport-scolaire@nicecotedazur.org</a> tel : 04 89 98 16 42)			
<b>NB : Les inscriptions aux accueils cochées seront facturées. Pour le restaurant scolaire, les absences non justifiées seront facturées -- Les absences justifiées seront régularisées le mois suivant au bout du 3<sup>ème</sup> jour sur présence d'un certificat médical.</b> 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 <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 : <b>Standard</b> <input type="radio"/> <b>Autre</b> <input type="radio"/>			

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

### Documents à fournir

#### Pour les 1ères inscriptions

- 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 2022 sur 2021 dans sa totalité ou attestation CCSS,
- SPME....
- Le cas échéant, copie du Projet d'Accueil Individualisé (PAI)
- Fiche sanitaire de liaison remplie et signée
- Les règlements cantine et périscolaire datés et signés
- Attestation d'assurance de responsabilité **pour toute l'année scolaire**

**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 (responsabilité civile et individuelle).**

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 2023 au 31 août 2024.

### 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 : .....	NOM : .....
PRENOM : .....	PRENOM : .....
Lien avec l'enfant : .....	Lien avec l'enfant : .....
Situation familiale : Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Pacs <input type="radio"/> Union libre <input type="radio"/> Divorcé (e) <input type="radio"/> Veuf/ve <input type="radio"/> Séparé (e) <input type="radio"/>	Situation familiale : Marié(e) <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Pacs <input type="radio"/> Union libre <input type="radio"/> Divorcé (e) <input type="radio"/> Veuf/ve <input type="radio"/> Séparé (e) <input type="radio"/>
Employeur : .....	Employeur : .....
Adresse employeur : .....	Adresse employeur : .....

**Régime social**

CAF <input type="radio"/> CCSS <input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> SPME <input type="radio"/>	CAF <input type="radio"/> CCSS <input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> SPME <input type="radio"/>
Autre, à préciser : .....	Autre, à préciser : .....
Montant des prestations mensuelles perçues : .....	Montant des prestations mensuelles perçues : .....

**Pièces nécessaires pour le calcul de votre quotient familial**

**Pour les 1ères inscriptions :**

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

Je fournis : Une attestation avec mon dernier quotient familial

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

Je fournis : L'avis d'imposition 2022 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2021 avec le dernier décompte des prestations familiales versées par ma caisse sociale (CCSS, SPME, MSA .....)

**CAS n°3 : Je ne perçois pas de prestations familiales :**

Je fournis : L'avis d'imposition 2022 des revenus déclarés par l'ensemble du foyer au titre de 2021

**Pour tout changement de situation merci de nous le signaler avec justificatifs**

**A défaut, 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



Villefranche  
Sur Mer

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

**Commune de Villefranche-sur-Mer**  
Service Education/ Affaires Scolaires  
18 Avenue Galliéni  
06230 Villefranche Sur Mer  
Tel : 04 93 76 33 73  
*Année scolaire 2023-2024*



Villefranche  
Sur Mer

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

**Commune de Villefranche-sur-Mer**  
Service Education/ Affaires Scolaires  
18 Avenue Galliéni  
06230 Villefranche Sur Mer  
Tel : 04 93 76 33 73  
*Année scolaire 2023-2024*