|  |
| --- |
| **Cadre réservé à l’administration Nbre d’enfants \_**  € Carnet de vaccinations à jour  € Attestation d’assurance scolaire 2021/2022  € CAF € Avis d’imposition 2020  Carte d’identité Vacances oui non  Prélèvement automatique : oui € non  renouvellement 1ère demande de prélèvement  **PAP** à jour oui non  **Repas spécial** …………………………. |



**Date limite de dépôt de dossier le 15 juillet 2021**

Service scolaire : [scolaire@saintmartindeseignanx.fr](mailto:scolaire@saintmartindeseignanx.fr)

🕿 05.59.56.60.64

Accueil de loisirs : [alsh.direction@saintmartindeseignanx.fr](mailto:alsh.direction@saintmartindeseignanx.fr)

🕿 05.59.56.66.53

**DOSSIER UNIQUE SERVICES PERISCOLAIRES**

**ET ACCUEIL DE LOISIRS 2021/ 2022**

**L’ENFANT**

**NOM…………………………………………….………………………..….PRENOM……………………………………..…………………………….**

**DATE DE NAISSANCE………………………….……LIEU………………………………..……………………………………………………………….**

**ADRESSE DU DOMICILE…………………….…………………………………………………………………………………………….………………..**

**CODE POSTAL…………………..VILLE…………………………………………………………………………………………………………………….**

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE** Jean JAURES Jules FERRY Pauline KERGOMARD **CLASSE…………….…………..**

Autre Nom de l’établissement et Commune………………………………………………………………………………………………….

N° ALLOCATAIRE CAF (obligatoire) ou MSA Mère ……………………………………….…… Père…………………………………..

CAF Bayonne  CAF Landes  MSA  AUTRE Préciser………………………………………………

J’autorise l’accès à mon dossier sur Consultation des Données Allocataires par les Partenaires CDAP

OUI NON

CORRESPONDANCE PORTAIL FAMILLE Noter votre adresse mail (rédiger en majuscule)

……………………………………………………………………………………...@........................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| REPRESENTANT LEGAL PERE ou MERE  Famille d’accueil ou ASE | REPRESENTANT LEGAL PERE ou MERE  Famille d’accueil ou ASE |
| Nom……………………………………………………………………  Prénom……………………………………………………………….  Date de naissance…………………………………...............  Adresse……………………………………………………………….  Code postal ……………………………………………………….  Ville…………………………………………………………………….  Téléphone domicile……………………………………………..  Portable………………………………………………………………  Profession ………………………………………………………….  N° catégorie socio professionnelle………………………  Nom employeur…………………………………………………..  Ville…………………………………………………………………….  Téléphone pro……………………………………………………. | Nom……………………………………………………………………  Prénom……………………………………………………………….  Date de naissance…………………………………...............  Adresse……………………………………………………………….  Code postal ……………………………………………………….  Ville…………………………………………………………………….  Téléphone domicile……………………………………………..  Portable………………………………………………………………  Profession ………………………………………………………….  N° catégorie socio professionnelle………………………  Nom employeur…………………………………………………..  Ville…………………………………………………………………….  Téléphone pro……………………………………………………. |
| Situation de famille : marié célibataire pacsé divorcé vie maritale séparé veuf  Pour les parents séparés la garde de l’enfant est attribuée à  **MERE**  semaine paire semaine impaire **PERE** semaine paire semaine impaire  week end vacances autre ( préciser)……………………………………………………………………….. | |

**RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES**

**MEDECIN A PREVENIR EN CAS D’URGENCE ……………………………..…………Téléphone : ………………………………..**

L’enfant bénéficie t-il d’un Protocole d’Accueil Individualisé (PAI) OUI NON

Allergie : alimentaires, médicamenteuses, asthme ou autres. Joindre obligatoirement le PAI à jour ou en attendant un certificat médical.

l’enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON (conduite à tenir)

Préciser……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Autres difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les PRECAUTIONS à PRENDRE :……………………………………………………………………………………………………............................

Traitement médical : les agents de la collectivité ne sont pas habilités à administrer des médicaments aux enfants même sur ordonnance médicale

REPAS DE SUBSTITUTION : les familles qui souhaitent de façon confessionnelle avoir un repas de substitution doivent en faire la demande lors de l’inscription au service scolaire.

AUTRE :

Votre enfant porte-t-il : des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire, auditif, autre. précisez…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**DECHARGE DE RESPONSABILITE**

Je soussigné(e) NOM……………………….……………………….PRENOM..……………………………………………………………………

(en qualité de) mère N° de tél ………………………….…….ou père N° de tél…………………………………..………………

Autorise les personnes ci-dessous à récupérer notre enfant

|  |  |
| --- | --- |
| NOM ET PRENOM (en qualité de) | Numéro de téléphone |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

autorise notre enfant à quitter seul l’établissement (uniquement pour les enfants de Jean Jaurès) à :

12H00 Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

16H30 Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

18H00 Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

19H00 Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D’URGENCE ET EN L’ABSENCE DES PARENTS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM ET PRENOM (en qualité de) | Numéro de téléphone | L Ma J V | MER et VAC |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**AUTORISATION DIVERSES A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT POUR ACCUEILLIR L’ENFANT**

Je soussigné(e) NOM………………………………………………PRENOM…………………………………………………………………………..

autorise ou n’autorise pas l’organisateur à faire pratiquer une intervention d’urgence, en cas d’accident et sur avis médical, les soins dont aurait besoin mon enfant,

autorise ou n’autorise pas la pratique des activités organisées par l’accueil de loisirs à l’extérieur de l’établissement,

autorise ou n’autorise pas la prise de photographie et de vidéos dans le cadre des activités de l’accueil de loisirs,

et

m’engage à faire les réservations sur le portail famille,

m’engage à informer le service scolaire de tout changement de situation familiale survenue en cours d’année (**numéro de téléphone**, naissance, situation de famille, perte ou reprise d’emploi, changement de quotient familial CAF ou autre,

m’engage à fournir un original du certificat médical au service facturation, dans les huit jours, pour justifier les motifs d’absences,

m’engage à fournir un certificat médical en cas de dispense d’activités,

déclare avoir pris connaissance de l’ensemble des règlements de fonctionnement des différents services (accessibles et téléchargeables sur le site [www.saintmartindeseignanx.fr](http://www.saintmartindeseignanx.fr)) et m’engage à m’y conformer.

certifie l’exactitude des renseignements portés sur ce dossier d’inscription.

Utilisation et conservation des données personnelles.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la Ville de Saint-Martin de Seignanx pour la gestion des affaires scolaires et périscolaires. Conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant au service scolaire. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait à Saint-Martin de Seignanx le…………………………………………………

SIGNATURE DES PARENTS,

Le Maire,

FICHOT JULIEN

**PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER**

Seuls, l’assurance et les vaccins sont nominatifs.

Les autres documents seront fournis en un seul exemplaire

Liste des pièces à fournir afin de constituer le dossier d’inscription aux services périscolaires (accueils matins, midi, soir, mercredis, vacances, transports). Merci de fournir les photocopies des documents demandés.

**Nouveauté**

*Si vous utilisez* ***les transports, les navettes et ou la garderie du matin et du soir****, le document transport joint à ce dossier est à compléter et à retourner accompagné d’une photo au format suivant : 35 millimètres de large sur 45 millimètres de haut. La taille du visage doit être de 32 à 36 millimètres du bas du menton au sommet du crâne (hors chevelure).* ***La photo doit être nette, sans pliure, ni trace.***

*La photo ne doit pas forcément être faite dans un photomaton mais il faut que l’enfant ait la tête nue et dégagée. Sans la photo votre dossier transport ne pourra pas être pris en compte.*

Dossier d’inscription couleur

Copie Justificatif de domicile de moins de 3 mois

Pour les parents séparés ou divorcés copie du jugement de divorce

Justificatif carte d’identité vacances (document délivré par la CAF ou la MSA en janvier 2021) seulement pour les bénéficiaires ayant un quotient familial inférieur à 786.

Copie Avis d’imposition ou non imposition **2020 sur les revenus 2019**

Photocopie des vaccinations à jour.

Attestation d’assurance scolaire pour l’année scolaire 2021/2022. (Nous faire parvenir l’assurance scolaire dès que vous la recevrez.)

Prélèvement automatique : **pour une première demande** fournir un RIB et compléter le mandat SEPA, pas nécessaire pour une reconduction de prélèvement.

Vous serez informés par mail de l’ouverture des inscriptions sur le portail famille dans le courant mois d’août.

Les familles nouvellement inscrites recevront les codes de connexions. Celles possédant déjà un compte, conserveront les mêmes identifiants et le même mot de passe.

Afin d’assurer la sécurité de tous, vous devez déposer les dossiers au Service Scolaire :

- soit dans la boîte aux lettres extérieure (sous le panneau d’affichage)

- soit l’envoyer par courrier à la mairie 47 place la mairie – 40390 Saint Martin de Seignanx

Nous ne recevrons que les familles qui auront besoin de renseignements complémentaires.