

**DOSSIER UNIQUE D’INSCRIPTION**

**AU SERVICE D’ACCUEIL PERISCOLAIRE**

**ANNEE SCOLAIRE 2019-2020**

**Par mesure de précaution et suite à la mise en place d’un nouveau logiciel de gestion, tous les parents dont les enfants sont inscrits dans une école de Noyant-Villages à la rentrée 2019 doivent remettre le dossier unique d’inscription.**

Ce dossier unique de demande d’inscription vous permet d’inscrire votre (vos) enfant(s) en une seule fois :

* A l’accueil périscolaire.

Ce dossier d’inscription est également téléchargeable sur le site Internet [www.noyant-villages.fr](http://www.noyant-villages.fr), rubrique : éducation – accueils périscolaires et restaurants scolaires – règlements et inscriptions.

Le dossier d'inscription est à retourner dûment complété et accompagné des justificatifs demandés, par voie postale à l'adresse suivante :

**Mairie de Noyant-Villages**

**3 rue d’Anjou**

**NOYANT**

**49490 NOYANT-VILLAGES**

**02-41-89-51-14**

ou par courriel à :

**service-scolaire@noyant-villages.fr**

**Date limite de réception des dossiers : vendredi 5 juillet 2019**

*(Tout dossier incomplet ne pourra être traité et entraînera la non-inscription de votre enfant)*

**I - Pourquoi un dossier unique d'inscription ?**

* Pour faciliter les démarches administratives des usagers en allégeant l'ensemble des procédures à respecter lors de chaque inscription d'un enfant à une activité.
* Pour permettre aux familles de ne communiquer qu'une seule fois l'ensemble des informations relatives à leur situation familiale.
* Pour éviter que l'usager ne soit obligé de produire à plusieurs reprises une même pièce justificative lors de l'inscription d'un enfant à une ou plusieurs activités différentes au cours d'une même année.

**II – Modalités d’inscription et de fonctionnement**

Tous les parents dont les enfants sont inscrits dans une école de Noyant-Villages à la rentrée 2019 doivent remettre obligatoirement le dossier unique d’inscription avec les pièces justificatives demandées.

Le fonctionnement, les modalités d’inscription occasionnelles et les tarifs de ces deux services sont indiqués dans les règlements intérieurs.

**III – Les pièces justificatives à joindre au dossier unique d’inscription**

Les parents doivent joindre au dossier d'inscription les documents énumérés ci-dessous :

* Photocopie du livret de famille ;
* 1 photo d’identité de l’enfant ;
* Photocopie d’un justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance de loyer, facture EDF ou de téléphone) ;
* Attestation d’assurance de responsabilité civile et individuelle accident ;
* Fiche sanitaire de liaison avec une photocopie du carnet de vaccination ;
* En cas d’allergie, un certificat médical émanant d’un allergologue ;
* En cas de protocole d’accompagnement individuel (P.A.I), fournir le protocole à suivre ;
* Attestation CAF ou MSA portant le numéro d’allocataire et le quotient familial ;
* En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l’attribution du droit de garde exclusif ;
* En cas de garde alternée, le calendrier prévisionnel de garde ;
* En cas de paiement des factures par prélèvement bancaire :
* Mandat de prélèvement SEPA joint, à compléter et à signer ;
* Relevé d’identité bancaire.

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

|  |
| --- |
| **Représentant légal 1 ou assistant familial ou tuteur légal** |
| **Nom d’usage** |  |
| **Nom de naissance** |  |
| **Prénom** |  |
| **Qualité (père, mère…)** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  |
| **Commune** |  |
| **Téléphone fixe** |  |
| **Téléphone portable** |  |
| **Téléphone professionnel** |  |
| **Courriel\*** |  |
| \*souhaitez-vous recevoir les informations de la Commune : ○ oui ○ non (à cochez) |
|  |
| **Représentant légal 2 ou assistant familial ou tuteur légal** |
| **Nom d’usage** |  |
| **Nom de naissance** |  |
| **Prénom** |  |
| **Qualité (père, mère…)** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  |
| **Ville** |  |
| **Téléphone fixe** |  |
| **Téléphone portable** |  |
| **Téléphone professionnel** |  |
| **Courriel** |  |
| \*souhaitez-vous recevoir les informations de la Commune : ○ oui ○ non |

|  |
| --- |
| **Régime Social** |
| **Organisme d’allocation** | ؘ ○ CAF ○ MSA ou autre ○ Sans régime |
| **Nom et prénom de l’allocataire** |  |
| **N° d’allocataire** |  |
| **Montant du quotient familial** |  |
| **Nombre d’enfants à charge** |  |
| **Situation familiale** | ؘ ○ Marié(e) ○ Couple ○ Célibataire ○ Veuf(ve) ○ Divorcé(e) ○ Pacsé(e)  |
| **Enfants de la famille** |
| *Nom* | *Prénom* | *Date de naissance* | *Classe* | *Etablissement scolaire* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Personnes autorisées à prendre en charge l’enfant** |
| *3 personnes maximum et ce à l’exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable. L’enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d’une pièce d’identité. Il est vivement conseillé de prévenir les agents de la Commune par téléphone en cas d’imprévu.* |
| **Personne 1** |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Téléphone fixe** |  |
| **Téléphone portable** |  |
| **Lien avec l’enfant** | ؘ○ Ami(e) des parents ○ Assistante maternelle ○ Grands-parents ○ Oncle/tante ○ Autre, précisez …………………………………………………………..  |
| **Enfant(s) de la famille concernés** |
| ***NOM*** | ***Prénom*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Personne 2** |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Téléphone fixe** |  |
| **Téléphone portable** |  |
| **Lien avec l’enfant** | ؘ○ Ami(e) des parents ○ Assistante maternelle ○ Grands-parents ○ Oncle/tante ○ Autre, précisez …………………………………………………………..  |
| **Enfant(s) de la famille concernés** |
| ***NOM*** | ***Prénom*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Personne 3** |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Téléphone fixe** |  |
| **Téléphone portable**  |  |
| **Lien avec l’enfant** | ؘ○ Ami(e) des parents ○ Assistante maternelle ○ Grands-parents ○ Oncle/tante ○ Autre, précisez …………………………………………………………..  |
| **Enfant(s) de la famille concernés** |
| ***NOM*** | ***Prénom*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Autorisation de la publication de l’image de mon enfant** |
| Je soussigné(e), ………………………………………………………………………………………………………………………………………….Représentant légal du (des) enfant(s) : |
| *Nom* | *Prénom* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Autorise la Commune de Noyant-Villages et ses agents à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquelles figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient prises dans le cadre des activités périscolaires. Celles-ci pourront être reproduites par les écoles, la Commune, ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse).ؘ○ Oui ○ Non |

|  |
| --- |
| **Assurance** |
| L’enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile et individuelle accident.  |
| Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 | Enfant 4 | Enfant 5 |
| *NOM* *……………………………...* | *NOM* *……………………………...* | *NOM* *……………………………...* | *NOM* *……………………………...* | *NOM* *……………………………...* |
| *Prénom**……………………………..* | *Prénom**……………………………..* | *Prénom**……………………………..* | *Prénom**……………………………..* | *Prénom**……………………………..* |
| *Responsabilité civile*ؘ○ Oui ؘ○ Non  | *Responsabilité civile*ؘ○ Oui ؘ○ Non  | *Responsabilité civile*ؘ○ Oui ؘ○ Non  | *Responsabilité civile*ؘ○ Oui ؘ○ Non  | *Responsabilité civile*ؘ○ Oui ؘ○ Non  |
| *Individuelle accident*ؘ○ Oui ؘ○ Non  | *Individuelle accident*ؘ○ Oui ؘ○ Non  | *Individuelle accident*ؘ○ Oui ؘ○ Non  | *Individuelle accident*ؘ○ Oui ؘ○ Non  | *Individuelle accident*ؘ○ Oui ؘ○ Non  |
| *Compagnie d’assurance**………………………………**………………………………* | *Compagnie d’assurance**………………………………**………………………………* | *Compagnie d’assurance**………………………………**………………………………* | *Compagnie d’assurance**………………………………**………………………………* | *Compagnie d’assurance**………………………………**………………………………* |
| *N° de contrat**………………………………**………………………………* | *N° de contrat**………………………………**………………………………* | *N° de contrat**………………………………**………………………………* | *N° de contrat**………………………………**………………………………* | *N° de contrat**………………………………**………………………………* |

|  |
| --- |
| **Attestation sur l’honneur** |
| Je soussigné(e), ………………………………………………………………………………………………………………………………………….Représentant légal du (des) enfant(s) : |
| *NOM* | *Prénom* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ○ Atteste sur l’honneur, l’exactitude de renseignements fournis et m’engage à prévenir les services de restauration scolaire et d’accueil périscolaire de tout changement éventuel (adresse, problème de santé de l’enfant, situation familiale…).○ Reconnais également avoir pris connaissance des règlements intérieurs relatifs aux activités périscolaires et à la restauration scolaire remis par la Commune et consultable en ligne sur le site Internet ([www.noyant-villages.fr](http://www.noyant-villages.fr), rubrique : éducation – accueils périscolaires et restaurants scolaires – règlements et inscriptions) conforme à la délibération du conseil municipal, déclare approuver son contenu et m’engage à m’y conformer.  |

Formulaire complété le : ……………………………………………………………………………………………………………….

Signatures obligatoires :

**FICHE D’INSCRIPTION**

|  |
| --- |
| **Enfant 1** |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Lieu de naissance** |  |
| **Département de naissance** |  |
| **Sexe** | ○ Féminin ○ Masculin |
| **Etablissement scolaire**  |  |
| **Classe** |  |
| **Enfant 2** |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Lieu de naissance** |  |
| **Département de naissance** |  |
| **Sexe** | ○ Féminin ○ Masculin |
| **Etablissement scolaire**  |  |
| **Classe** |  |
|   |
| **Enfant 3** |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Lieu de naissance** |  |
| **Département de naissance** |  |
| **Sexe** | ○ Féminin ○ Masculin |
| **Etablissement scolaire**  |  |
| **Classe** |  |
| **Enfant 4** |
| **Nom** |   |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Lieu de naissance** |  |
| **Département de naissance** |  |
| **Sexe** | ○ Féminin ○ Masculin |
| **Etablissement scolaire**  |  |
| **Classe** |  |
| **Enfant 5** |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Lieu de naissance** |  |
| **Département de naissance** |  |
| **Sexe** | ○ Féminin ○ Masculin |
| **Etablissement scolaire**  |  |
| **Classe** |  |

|  |
| --- |
| **Inscription à l’accueil périscolaire** |
|  | **Matin** | **Soir** |
|  | **L** | **Ma** | **J** | **V** | **Occasionnel ou force majeure** | **L** | **Ma** | **J** | **V** | **Occasionnel ou force majeure** |
| **Enfant 1** | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| **Enfant 2** | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| **Enfant 3** | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| **Enfant 4** | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| **Enfant 5** | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Adhésion au prélèvement automatique : ○ Oui ؘ○ Non *Si vous optez pour le prélèvement automatique, vous devez compléter le mandat de prélèvement SEPA qui est à retirer auprès du service finances de Noyant-Villages.* |

|  |
| --- |
| **Adhésion au portail familles** |
| Afin de faciliter vos démarches administratives, la Commune de Noyant-Villages met à votre disposition le service en ligne Portail Familles. Il s’agit d’un espace personnel et sécurisé, accessible 24h/24h et 7j/7j, qui vous permet d’accéder à vos factures de restauration scolaire et d’accueil périscolaire ainsi que de gérer l’inscription de votre (vos) enfant(s) aux services.**Un code d’accès sera inscrit sur vos factures.**Pour adhérer au Portail Familles, il suffit de remplir les champs ci-dessous : J’opte pour la facture électronique à 100 % : ○ Oui ؘ○ Non J’opte pour la facture électronique et je souhaite toujours recevoir la facture papier : ○ Oui ؘ○ Non  |

Formulaire complété le : ……………………………………………………………………………………………………………….

Signatures obligatoires :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Il est rappelé que toute allergie ou problème médical déclaré doit être accompagné d’un justificatif d’un médecin spécialisé ou d’un allergologue.

|  |
| --- |
| **Enfant 1** |
| **Cadre réservé à la mairie** |  |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **L’enfant suit-il un traitement particulier ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Allergies ou problèmes médicaux ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Régime alimentaire spécifique ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Date du dernier vaccin antitétanique** |  |
| **A-t-il un PAI (projet d’accueil individualisé) ?**  | ○ Oui ؘ○ Non |
| **Porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives… ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Nom du médecin généraliste** |  |
| **Enfant 2** |
| **Cadre réservé à la mairie** |  |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **L’enfant suit-il un traitement particulier ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Allergies ou problèmes médicaux ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Régime alimentaire spécifique ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Date du dernier vaccin antitétanique** |  |
| **A-t-il un PAI (projet d’accueil individualisé) ?**  | ○ Oui ؘ○ Non |
| **Porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives… ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Nom du médecin généraliste** |  |
| **Enfant 3** |
| **Cadre réservé à la mairie** |  |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **L’enfant suit-il un traitement particulier ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Allergies ou problèmes médicaux ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Régime alimentaire spécifique ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Date du dernier vaccin antitétanique** |  |
| **A-t-il un PAI (projet d’accueil individualisé) ?**  | ○ Oui ؘ○ Non |
| **Porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives… ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Nom du médecin généraliste** |  |
| **Enfant 4** |
| **Cadre réservé à la mairie** |  |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **L’enfant suit-il un traitement particulier ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Allergies ou problèmes médicaux ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Régime alimentaire spécifique ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Date du dernier vaccin antitétanique** |  |
| **A-t-il un PAI (projet d’accueil individualisé) ?**  | ○ Oui ؘ○ Non |
| **Porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives… ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Nom du médecin généraliste** |  |
| **Enfant 5** |
| **Cadre réservé à la mairie** |  |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **L’enfant suit-il un traitement particulier ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Allergies ou problèmes médicaux ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Régime alimentaire spécifique ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Date du dernier vaccin antitétanique** |  |
| **A-t-il un PAI (projet d’accueil individualisé) ?**  | ○ Oui ؘ○ Non |
| **Porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives… ?** | ○ Oui ؘ○ NonSi oui, le(s)quel(s) ? : ………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................………………………………………………………………………………………………........................ |
| **Nom du médecin généraliste** |  |

Formulaire complété le : ……………………………………………………………………………………………………………….

Signatures obligatoires :