

Primaire publique
 ECOLE PRIMAIRE PUBLIQUE

Pomarez

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : Niveau : Classe :

ÉLÈVE

Nom de famille : Sexe : F M
 Nom d'usage :
 Prénom(s) : / /
 Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Mère Père Tuteur

Nom de famille : Prénom :
 Nom d'usage :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 L'élève habite à cette adresse : Oui Non
 Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :
 Courriel :
 J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

Mère Père Tuteur

Nom de famille : Prénom :
 Nom d'usage :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 L'élève habite à cette adresse : Oui Non
 Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :
 Courriel :
 J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*) :

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.

Nom de famille : Prénom :
 Nom d'usage :
 Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir liste)
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 L'élève habite à cette adresse : Oui Non
 Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :
 Courriel :
 J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assisatant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons que notre enfant soit **photographié(e) ou filmé(e)** pendant les activités scolaires : Oui Non

Nom: Prénom: Niveau: Classe:

AUTRES RESPONSABLES qui ont la charge effective de l'élève (personne physique ou morale)

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales, le cas échéant

Lien avec l'élève (*):

Nom de famille : **Prénom :**
Nom d'usage : **Organisme :**
Adresse :
Code postal : **Commune :**
L'élève habite à cette adresse : Oui Non
Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**
Courriel :

Lien avec l'élève (*):

Nom de famille : **Prénom :**
Nom d'usage : **Organisme :**
Adresse :
Code postal : **Commune :**
L'élève habite à cette adresse : Oui Non
Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**
Courriel :

PERSONNES A CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées)

Lien avec l'élève (*):

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**
Tél. mobile: **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*):

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**
Tél. mobile: **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*):

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**
Tél. mobile: **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*):

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**
Tél. mobile: **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*):

A contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève
Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**
Tél. mobile: **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assisatant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

SERVICES PERISCOLAIRES

Restaurant scolaire: Oui Non Garderie du matin: Oui Non
Etudes surveillées: Oui Non Garderie du soir: Oui Non
Transport scolaire: Oui Non

Date:

Signature des représentants légaux:

ANNÉE 2023/2024

INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE

Nom et Prénom de l'enfant :

Classe en 2023/2024 : _____

Votre enfant fréquentera-t-il l'accueil périscolaire durant l'année ? oui non

Si oui, veuillez cocher les plages de fréquentation :

		Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin	Avant 8h00				
	A partir de 8h00				
Soir	Jusqu'à 18h00				
	Après 18h00				

Ce tableau est proposé à titre indicatif afin d'estimer la fréquentation et les besoins qui en découlent.

FRAIS DE GARDE

Les frais de garde sont à régler d'avance, par l'achat d'une carte auprès de la responsable de l'accueil périscolaire.

COUVERTURE SOCIALE

Organisme de Sécurité sociale du père :

 CPAM MSA N° _____ Autre à préciser : _____ N° _____

Organisme de Sécurité sociale de la mère:

 CPAM MSA N° _____ Autre à préciser : _____ N° _____Parent qui couvre l'enfant : Père Mère

ACTIVITES EXTRA-SCOLAIRES

Dans le cas où votre enfant pratiquerait une activité sportive ou musicale, vous trouverez dans le livret, préalablement distribué, des formulaires à remplir et destinés à cet effet.

Lorsque vous aurez connaissance des activités pratiquées par votre enfant, des jours et des horaires, veuillez vous rapprocher de la responsable de l'accueil périscolaire afin de l'en informer et de remplir le tableau ci-dessous.

- Tous les _____ à _____ ⇒
- Tous les _____ à _____ ⇒
- Tous les _____ à _____ ⇒
- Tous les _____ à _____ ⇒

ACCUEIL DE LOISIRS INTERCOMMUNAL

A partir de septembre 2023, le temps scolaire se déroulera sur 4 jours.

Le mercredi, l'ALSH intercommunal situé à Amou proposera l'accueil de votre enfant, sur inscription.

Renseignements et inscriptions auprès des services de la communauté de communes Coteaux et vallées des Luys, le présent dossier ne vaut pas inscription au service.

Votre enfant fréquentera-t-il l'accueil de loisirs intercommunal le mercredi de façon régulière?

oui non

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garderie à Pomarez, avec transfert en Bus à l'ASLH à 9h10 le mercredi matin ? **(sous réserve de mise en place du service)**

oui non

FICHE SANITAIRE

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Noms et prénoms des parents :

Adresse :

Tél. portable :

Tél. travail :

Tél. domicile :

Nom du médecin :

Tél. :

Vaccinations : (fournir la photocopie du carnet de vaccinations)

Pour les enfants nés à partir du 01/01/2018, la liste des vaccins obligatoires a changé. Veuillez vous rapprocher de votre médecin.

Problèmes de santé rencontrés :

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

 oui non

Si oui, lequel ? _____

Votre enfant est-il allergique ?

 oui non

Si oui, à quoi ? _____

Votre enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. ?

 oui non

Si oui, pour quelle pathologie ? _____

Votre enfant porte-t-il des diabolos ?

 oui non

Personnes (autres que les parents à prévenir en cas d'urgence)

NOM Prénom :	Tél. :
NOM Prénom :	Tél. :
NOM Prénom :	Tél. :

Structure de soins où vous souhaiteriez que votre enfant soit transporté : _____

- En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement informée par nos soins.
- Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez demander une fiche médicale confidentielle que vous renseignerez et transmettez sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin ou de l'infirmière.

ASSURANCE

Compagnie couvrant l'enfant : _____

La **responsabilité civile** et **individuelle accident** sont toutes deux **obligatoires**.

Pensez à fournir l'attestation en **2 exemplaires** (école et accueil périscolaire).

FAMILLE

En cas de divorce ou de séparation, le garde de l'enfant est-elle :

Partagée

Exclusive -> préciser

Père

Mère

SORTIE ECOLE

A la sortie de 16h15, l'enfant de maternelle doit être remis aux parents ou à une personne autorisée par ces derniers.

Pour les enfants de l'élémentaire, les parents doivent se présenter **devant le portail** côté élémentaire, et non à une distance éloignée de celui-ci ou à l'intérieur de leurs véhicules. Il y va du respect envers le personnel enseignant et encadrant, mais également de la sécurité de vos enfants.

Les horaires de sortie devront être respectés car tout enfant non récupéré dans les temps sera remis au service de l'accueil périscolaire dont les frais de garde seront à la charge des parents (voir l'affichage au portail).

CANTINE SCOLAIRE

Nom et prénom de l'enfant :

Votre enfant mangera-t-il à la cantine scolaire en 2023/2024 ? oui non

Votre enfant mangera-t-il à la cantine le jour de la rentrée ? oui non

Veillez cocher les jours où votre enfant mangera à la cantine :

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Ce tableau est proposé à titre indicatif afin d'estimer les effectifs et d'évaluer les besoins.

- **Facturation :**

La facture sera toujours établie et adressée au nom d'un des deux parents (le débiteur principal). Le deuxième parent sera porté en tant que débiteur secondaire.

Veillez indiquer les coordonnées des parents pour la facturation :

Débiteur principal	
NOM, Prénom	
Adresse	

Débiteur principal	
NOM, Prénom	
Adresse	

Le repas étant facturé selon le coefficient familial, merci de fournir une attestation de QF de la CAF de moins de 3 mois. Si aucun justificatif n'est fourni, le tarif le plus élevé sera appliqué, aucune rétroactivité ne sera accordée.

Pour les parents séparés ou divorcés, merci de fournir l'extrait de jugement précisant à qui incombe cette dépense.

- **Modalités de paiement :**

Les frais de restauration sont mis en recouvrement mensuellement, à terme échu.

- Le règlement est à effectuer, **sous 30 jours**, à la Trésorerie de Saint-Sever, 3 place du Tribunal, 40500 SAINT SEVER.
- Un service de proximité pour le paiement de votre facture, par carte bancaire ou espèces, auprès du buraliste du village : M. LEBEL, 97 rue du Commerce, 40360 POMAREZ. Munissez-vous obligatoirement de votre facture originale comportant le QR code.
- Par prélèvement, merci de compléter le mandat présent au verso, et y joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

L'acceptation à la restauration d'un enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergies alimentaires est conditionnée à la présentation d'un P.A.I.

Présence d'un P.A.I. ? oui non

Signature des parents :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Type de contrat : Facturation cantine scolaire Pomarez

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Commune de Pomarez à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Commune de Pomarez.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**IDENTIFIANT
CREANCIER SEPA :**

FR96ZZZ681162

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **Commune de Pomarez**

Adresse : **61, rue de la Mairie**

Code postal : **40360**

Ville : **POMAREZ**

Pays : **France**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Identification Internationale (IBAN)

Identification Internationale de la Banque (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format BIC IBAN)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Commune de Pomarez. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Commune de Pomarez.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.