



VILLE DE SOLLIES-TOUCAS  
DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

RESTAURANT SCOLAIRE ET SERVICE PERISCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

PHOTO

1 <sup>ère</sup> partie : Renseignements sur l'enfant (une fiche par enfant)		
Nom		
Prénom		
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Classe
Date et lieu de naissance		
Adresse		
Droit à l'image	<input type="checkbox"/> Autorise la Mairie de Solliès-Toucas à réaliser des prises de vue de mon enfant en nombre illimité, et à exploiter, à titre gracieux, les images et/ou vidéos sur les publications municipales : Site internet, le « Toucassin » et supports divers (projets, affiches, bilans...)  <input type="checkbox"/> N'autorise pas la Mairie de Solliès-Toucas à réaliser des prises de vue de mon enfant.	
Assurance obligatoire : Responsabilité civile	Compagnie : _____ N° de contrat : _____ Validité du : _____ au _____	
Restaurant scolaire	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non    PAI ALIMENTAIRE (panier repas) <input type="checkbox"/> * si oui, merci de préciser les jours concernés : <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	
Accueil périscolaire (Matin 7h-8h20 et soir 16h30-18h30)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    (Sous réserve d'avoir fourni les attestations d'employeurs)  <b>Si mon enfant (CE1-CM2) est inscrit régulièrement à l'accueil périscolaire du soir</b> , je souhaite qu'il participe occasionnellement à l'étude surveillée (Lieu calme où il peut réviser ses leçons). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant (dont les parents)**

Nom et Prénom	Majeur	Mineur*	Ville	☎	Lien de parenté
					<b><u>Responsable 1</u></b>
					<b><u>Responsable 2</u></b>

\*Si la personne autorisée est mineure, merci de joindre une autorisation écrite et signée des parents de cette Personne.

**ENFANT :**

Nom :

Prénom :

Classe :

<b><u>2ème partie : Renseignements sur la famille</u></b>		
	<b>Responsable légal 1</b>	<b>Responsable légal 2</b>
<b>Civilité</b>	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
<b>Qualité</b>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....
<b>Nom d'usage</b>		
<b>Nom de naissance</b>		
<b>Prénoms</b>		
<b>Date et lieu de naissance</b>		
<b>Situation Familiale</b>	<input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)	
<b>Adresse</b>		
	<b>En cas de résidence alternée de l'enfant</b>	<b>merci de remplir l'annexe spécifique</b>
<b>☎ Portable</b>		
<b>☎ Professionnel</b>		
<b>Adresse email</b>		
<b>Profession</b>		
<b>Nom et adresse complète de l'employeur</b>		
<b>N° d'allocataire CAF</b>		
<b>Régime Général ? Agricole ? autre ?</b>		
<b>Prélèvement automatique</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Tout dossier incomplet sera retourné à la famille sans avoir été traité**

**1<sup>ère</sup> inscription maternelle ou élémentaire et changement de situation :**

- ☐ Dossier unique
- ☐ Fiche sanitaire complétée
- ☐ Justificatif de domicile **de moins de 3 mois**
- ☐ Copie du livret de famille
- ☐ Copie d'un justificatif d'identité des représentants légaux
- ☐ Relevé d'identité bancaire contrat et mandat de prélèvement SEPA complété
- ☐ Attestations employeurs des adultes vivant au foyer (**uniquement pour l'accueil périscolaire**)
- ☐ Attestation quotient familial CAF ou MSA ***Sans justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué.***
- ☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'année 2026/2027
- ☐ En cas de séparation, de divorce des parents, copie de la décision de justice ou courrier stipulant du mode de garde établi entre les parents, signé par les deux parents + CNI
- ☐ Copie du carnet de vaccination ou attestation médicale attestant de la situation vaccinale de l'enfant
- ☐ Dans le cadre d'un enfant en situation de handicap, la notification de la commission de la MDPH

**Réinscription :**

- ☐ Dossier unique + fiche sanitaire
- ☐ Justificatif de domicile **de moins de 3 mois**
- ☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'année 2026/2027
- ☐ Attestations employeurs des adultes vivant au foyer (**uniquement pour l'accueil périscolaire**)

Je soussigné(e)..... demande que la commune applique le tarif maximum pour le service périscolaire, je ne dois donc pas fournir de document concernant mes revenus (Quotient familial de la CAF)

**ou**

Je soussigné(e) ..... autorise les agents habilités, à consulter mon quotient familial sur le site internet professionnel de la CAF, afin de connaître la tranche du barème à laquelle j'appartiens (mise à jour des QF à chaque retour de vacances scolaires).

Je, soussigné(e) ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible en Mairie et sur le site internet de la ville [www.ville-solliestoucas.fr](http://www.ville-solliestoucas.fr)). Je m'engage à réactualiser les informations si nécessaire et certifie détenir tous les droits m'autorisant à inscrire mon enfant au sein d'une école de Solliès-Toucas.

*Les données personnelles recueillies font l'objet d'un traitement conforme au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi « informations et libertés » modifiée.*

*Les données collectées sont destinées au Maire de la commune de Solliès-Toucas en sa qualité de « responsable du traitement » aux seules fins de bonne gestion administrative, technique et juridique du service scolaire et ne seront en aucun cas utilisées ni diffusées à d'autres fins. Elles seront conservées pendant toute la durée d'inscription de l'enfant à l'école et ensuite pendant 10 ans supplémentaires afin de respecter les règles applicables aux archives municipales.*

*Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité ainsi qu'un droit à la limitation du traitement. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment en contactant notre Délégué à la Protection des Données : [dpo@sictiam.fr](mailto:dpo@sictiam.fr)*

**Date et signature du responsable légal**

(Précédées de la mention « lu et approuvé »)

Le.....



VILLE DE SOLLIES-TOUCAS

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

FICHE SANITAIRE

ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

<b>Enfant :</b>	Nom :	Prénom :	Classe :
<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :		

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ; photocopie du carnet de santé obligatoire)

Vaccins	oui	non	Dernier rappel
DTCP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche)			
HIB (Haemophilus Influenzae B)			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque C			
ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)			
BCG			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non  
Alimentaires ☐ oui ☐ non

asthme ☐ oui ☐ non  
PAI ☐ oui ☐ non

autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

---

---

---

---

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

### **III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... et, s'il y a des précautions particulières

---

---

---

### **IV – Médecin traitant de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Je, soussigné, ..... responsable légal de l'enfant..... **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à les réactualiser** si nécessaire. J'autorise le Responsable des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date et signature du responsable légal**  
**(Précédée de la mention « lu et approuvé »)**

Le.....

Observations :

---

---

---

---

---

---

---