VILLE DE SOLLIES-TOUCAS

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

RESTAURANT SCOLAIRE ET SERVICE PERISCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

PHOTO

1ère partie : Renseignements sur l'enfant *(une fiche par enfant)*		
Nom		
Prénom		
Sexe	☐ masculin ☐ féminin	**Classe**
Date et lieu de naissance		
Adresse		
Droit à l'image	☐ 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…) ☐ 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	☐Oui* ☐Non PAI ALIMENTAIRE (panier repas) ☐ * si oui, merci de préciser les jours concernés : ☐Lundi ☐Mardi ☐Jeudi ☐Vendredi	
Accueil périscolaire *(Matin 7h-8h20 et soir 16h30-18h30)*	☐Oui ☐Non ***(Sous réserve d'avoir fourni les attestations d'employeurs)*** **Si mon enfant (CE1-CM2) est inscrit régulièrement à l'accueil périscolaire du soir**, je souhaite qu'il participe occasionnellement à l'étude surveillée (Lieu calme où il peut réviser ses leçons). ☐Oui ☐Non	

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

Nom et Prénom	Majeur	Mineur*	Ville	☎	Lien de parenté
					Responsable 1
					Responsable 2

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

ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

ENFANT :

Nom : **Prénom :** **Classe :**

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

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

3ème partie : Constitution du dossier

1ère 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

  E*n l'absence de justificatif du quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué.*
- ☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'année 2025/2026
- ☐ 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 2025/2026
- ☐ 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). 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.

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 2025/2026

Enfant :	Nom :	Prénom :	Classe :
☐ fille ☐ 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
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐non

Allergies : médicamenteuses ☐ oui☐ non asthme ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non PAI ☐ 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 :