

## CONTENU DU DOSSIER

- 1 feuille dossier unique d'inscription (1 par famille)
- 1 feuille fiche sanitaire de liaison (1 par enfant)
- 1 feuille « mandat de prélèvement SEPA »



A demander si besoin :

- 1 feuille autorisation de sortie individuelle (1 par enfant) à partir de 9 ans
- 1 feuille « Relais sports et loisirs » si inscription à un club ou association partenaire du service
- 1 feuille inscription « Aide aux leçons pour les CE1/CE2 »

**Ce dossier permettra au secrétariat de vous envoyer par mail un lien afin de créer votre espace personnel sur le portail familles.**

## PIECES A FOURNIR : obligatoire

- Une attestation CAF ou MSA : obligatoire, à joindre pour tout nouveau dossier.
- Un RIB accompagné du mandat SEPA si vous optez pour le prélèvement automatique

## PROCÉDURE D'OUVERTURE DU COMPTE SUR LE PORTAIL FAMILLES

Les étapes à suivre :

- 1) **Ouverture de votre compte** sur notre Portail en ligne. Vous devez confirmer votre adresse email et créer un mot de passe en cliquant sur le lien reçu par mail
- 2) **Vous recevrez un mail de confirmation** et de validation de votre espace suite à la création de votre mot de passe
- 3) **Vous accédez à votre espace personnel** pour **vérifier vos données personnelles et devez compléter les informations manquantes** (3 rubriques : mon profil, mon foyer, mes enfants) qui vous seront demandées (toutes les informations obligatoires sont mentionnées d'une étoile).  
→ A cette étape, votre rubrique « mon planning » sera encore indisponible.
- 4) **Nous validons dans les 24h vos informations complémentaires saisies.**
- 5) **Vous pouvez procéder aux réservations/annulations** en allant dans la rubrique "mon planning".



## PREMIERE INSCRIPTION A L'ECOLE MAXIME MARCHAND : documents à fournir

**ATTENTION** : Si vous n'avez jamais rempli de Dossier Unique d'Inscription et que vous inscrivez votre-vo(e) enfant(s) pour la première fois à l'école **Maxime Marchand**, vous devez également fournir :

- Livret de famille (partie parent(s) et enfant) ou acte de naissance
- 1 justificatif de domicile récent
- Carnet de santé à jour des vaccinations (toutes les vaccinations) ou un certificat de vaccination
- Certificat de radiation en cas de changement d'école
- L'avis favorable de dérogation pour les hors commune
- Une enveloppe timbrée libellée au nom et adresse de l'enfant (petite section uniquement)
- Une photo



Cadre réservé à l'administration  
Date d'inscription :

# Dossier Unique d'Inscription 2023/2024

**Pour les écoles maternelles ou élémentaires**  
**Le restaurant scolaire Maxime Marchand / l'accueil périscolaire / l'accueil de loisirs / Le Relais Sport et loisirs**  
**MERCI DE REMPLIR LE DOSSIER DANS SON INTÉGRALITÉ ET LE RETOURNER A LA MAISON DE L'ENFANCE**

**Information sur la famille**

**Adulte 1 du foyer**

Responsable légal des enfants oui  non

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Tél professionnel : .....

Courriel : .....

Employeur : .....

Assurance responsabilité civile : ..... N° contrat : .....

**Situation familiale** :  Célibataire  Divorcés/séparés  Mariés/PACSés  Veuf(ve)  Vie maritale

Nom de jeune fille de la mère : .....

N° allocataire (obligatoire) CAF ou MSA ..... Autre (préciser)

Caisse de (ville et département) : .....

**Réservé à l'administration**

Ressources ..... Quotient Familial ..... Nombre d'enfant à charge .....

**Adulte 2 du foyer**

Responsable légal des enfants oui  non

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Tél professionnel : .....

Courriel : .....

Employeur : .....

**Composition du foyer**

Inscrire ici TOUS vos enfants concernés par les inscriptions à l'école et au restaurant scolaire.

Nom	Prénom	Né(e) le	sexe	Ecole fréquentée*	Classe (niveau)*	1ère insc.

\*École fréquentée et niveau de classe à la rentrée 2023

**Factures et règlements**

Règlement :  par prélèvement  autres

Je soussigné : Mme/M. ....

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements saisis sur mon compte portail familles et m'engage à informer la Maison de l'Enfance de tout changement de renseignements ou de situation familiale.

Accepte que mes données personnelles soient enregistrées et utilisées par la municipalité pour la gestion et le suivi de mon dossier. Ces données seront conservées pour une durée indéterminée sur dossier papier et informatiquement et ne seront pas divulguées à d'autres entités (sauf CAF voir consentement).

Atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services et m'engage à les respecter. Ceux-ci sont consultables à la Maison de l'Enfance.

Je décharge la Ville du Loroux-Bottereau de toutes responsabilités en cas de détériorations, perte, ou vol d'objets personnels.

**Lu et approuvé le** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

**Lieu :**

**Signature des responsables légaux**

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE NAISSANCE : ...../...../.....    GARÇON     FILLE     Niveau/classe : .....

## 1 VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Autre préciser : .....

Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

VACCIN OBLIGATOIRE	DATE DU DERNIER <b>à noter OBLIGATOIREMENT</b>
DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	

## 2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Traitements médicaux : OUI    NON

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine (avec le nom de votre enfant inscrit sur la boîte).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans une ordonnance.**

Régime alimentaire particulier (ex: végétarien) .....

Votre enfant souffre-t-il :

- D'allergies alimentaires (précisez) : .....
- D'allergies médicamenteuses (précisez) .....
- D'autres pathologies spécifiques (asthme, autre) précisez : .....

*Pour tous ces cas d'allergies une ordonnance sera demandée*

**Un Protocole d'Accueil Individuel (PAI)** devra être mis en place auprès de la direction de l'école en lien avec tous les services concernés (Restaurant scolaire, accueil périscolaire, accueil de loisirs, ...).

(Asthme, maladie chronique) Précisez .....

*Ne signaler que les protocoles mis en place avec le médecin scolaire*

*(un document délivré par l'école devra être rempli par le médecin traitant)*

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

(Ports des lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne.) :

.....

## 4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

TÉL. FIXE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_    TÉL PORTABLE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_    TÉL TRAVAIL : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

NOM DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : ..... (OBLIGATOIRE)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et m'engage à informer la Ville de tout changement de renseignements ou de situation familiale.

**Signature des responsables légaux :**

Lu et approuvé, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

**Enfant**

Nom : ..... Prénom : .....

Ecole :  Maxime Marchand  Ste-Anne / St-Jean-Baptiste Classe (niveau) : .....

N° de tél : / / / /

**Services demandés**

- Restaurant scolaire Maxime Marchand  
 Accueil périscolaire (APS)  
 Accueil de loisirs mercredis et vacances scolaires (ALSH)  
 Relais sports et loisirs (RSL) – *conditions particulières sur accueil périscolaire et mercredi*

Je soussigné Mme, M. : .....

Agissant en tant que représentant légal de l'enfant cité ci-dessus

**Décharges, autorisations**

- Autorise l'organisateur à prendre toutes les mesures jugées utiles et nécessaires concernant une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale pour mon enfant.

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées  
 Autorise mon enfant à pratiquer une activité nautique dans le cadre des séjours et des activités de l'accueil de loisirs (en fonction de l'âge)  
 Autorise le transport de mon enfant en car, minibus, voiture.  
 Autorise mon enfant à sortir seul de la structure  N'autorise pas mon enfant à sortir, sans adulte de la structure.

**Autorisation de publication de l'image de mon enfant**

Autorise (cocher les cases)

- La prise de photographies (capacité, fixation, enregistrement numérisation) le représentant qui auront été prises dans le cadre des activités de l'Accueil périscolaire/l'Accueil de loisirs/les séjours,  
 La diffusion et la publication de photographies le représentant dans le(s) cadre(s) strictement énoncés ci-après :

Sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités proposées par la ville : site internet de la commune, magazines, journaux ....

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support numérique ou support analogique).

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

*\* Cette fiche sera conservée par la structure pour toutes les années scolarisées de l'enfant de la PS au CM2.  
Vous pourrez demander à modifier cette fiche à tout moment.*

**Signature des responsables légaux :**

Lu et approuvé le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS (1 par famille)**

Ecole :     Maxime Marchand     Ste-Anne / St-Jean-Baptiste

**Enfant**  
Nom : ..... Prénom : ..... Classe (niveau) : .....

**Enfant**  
Nom : ..... Prénom : ..... Classe (niveau) : .....

**Enfant**  
Nom : ..... Prénom : ..... Classe (niveau) : .....

**Enfant**  
Nom : ..... Prénom : ..... Classe (niveau) : .....

Autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon-mes enfant(s) :

Nom-Prénom	Téléphones	Lien avec la famille

**Signature des responsables légaux :**

Lu et approuvé, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

**Type de contrat** : RESTAURATION SCOLAIRE et ou MAISON DE L'ENFANCE - COMMUNE DU LOROUX-BOTTEREAU

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le **TRESOR PUBLIC DU LOROUX-BOTTEREAU** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **TRESOR PUBLIC DU LOROUX-BOTTEREAU**.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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

**FR 76 LBV 576277**

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Nom : TRESOR PUBLIC LOROUX

Adresse : 14 PLACE ROSMADEC

Code postal : 44430

Ville : LE LOROUX-BOTTEREAU

Pays : France (FR)

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

**Type de paiement** : Paiement récurrent/répétitif   
Paiement ponctuel

Signé à :  
Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

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

Nom du tiers débiteur :

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

**Rappel :**

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le **TRESOR PUBLIC DU LOROUX-BOTTEREAU**. 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 le **TRESOR PUBLIC DU LOROUX-BOTTEREAU**.

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.



**RECUEIL DE CONSENTEMENT (obligatoire)**

Nom / Prénom de l'allocataire :

.....

Numéro allocataire CAF : .....

Adresse : .....

.....

Veillez cocher la case vous concernant :

« J'autorise la municipalité du Loroux-Bottreau à recueillir des informations me concernant auprès de ma Caisse d'Allocations familiales, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches.

Cette autorisation reste valable sans limitation de durée, pendant la période où au moins l'un des membres de mon foyer demande à bénéficier des avantages liés à une tarification spécifique.

« Je n'autorise pas la municipalité du Loroux-Bottreau à recueillir des informations me concernant auprès de ma Caisse d'Allocations familiales, et dans ce cas la tarification spéciale (en fonction du Quotient Familial) ne sera pas appliquée.

Le ----- / ----- / -----

Signature du titulaire du compte CAF :