

**DOSSIER DE RE-ACTUALISATION  
 POUR LES ACTIVITES SCOLAIRES, PERI ET EXTRASCOLAIRES**

**A COMPLETER ET A ACCOMPAGNER DES PIECES JUSTIFICATIVES,  
 A ADRESSER PAR COURRIER OU A DEPOSER AU GUICHET UNIQUE  
 A PARTIR DU 5 MARS ET JUSQU'AU 27 AVRIL 2018 (Voir notice explicative)**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Restauration scolaire      Lundi      Mardi      Jeudi      Vendredi      ALAE semaine

Accueil périscolaire du Mercredi après-midi

Avec accompagnement à la vie associative

Sans accompagnement à la vie associative

ALSH Enfance (3-11 ans)      HUB LEO - ALSH Jeunesse (11-17 ans)

Séjours, Journées "Découverte", bivouacs, ....

**ENFANT / JEUNE CONCERNE**

Garçon      Fille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Adresse :

Appt. :

Bâtiment :

CP :

Ville :

Téléphone portable :

Courriel :

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation Education Enfant Handicapé (CAF ou MSA) ?

Oui

Non

**CLASSE A LA RENTREE 2018 :**
**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :**
**REPRESENTANT LEGAL 1**
**REPRESENTANT LEGAL 2**

Qualité

Qualité :

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Adresse

Adresse

Appt.

Bât.

Appt.

Bât.

CP.

Ville

CP.

Ville

Courriel

Courriel

Tél. dom.

Tél. dom.

Tél. port.

Tél. port.

Tél. prof.

Tél. prof.

**LES FRERES ET SOEURS :**

Nom : Prénom : Né(e) le :  
 Nom : Prénom : Né(e) le :  
 Nom : Prénom : Né(e) le :  
 Nom : Prénom : Né(e) le :

**AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise

1- Les personnes suivantes (sur présentation d'une pièce d'identité) à venir chercher l'enfant ou le jeune

**Attention ! S'il s'agit de mineur, uniquement à partir de 10 ans révolus.**

Prénom/nom	Tél.
Prénom/nom	Tél.
Prénom/nom	Tél.
Prénom/nom	Tél.

2- L'enfant ou le jeune à quitter seul la structure aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans)

ALAE semaine	Oui	Non	Heure de départ
ALSH	Oui	Non	Heure de départ
Accueil périscolaire Mercredi après-midi	Oui	Non	Heure de départ

**AUTORITE PARENTALE**

**Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?**

**Oui** (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)

**Non** (joindre **obligatoirement** la copie du justificatif correspondant: dernière décision de justice, livret de famille, etc...)

Nom et adresse de **toute autre personne titulaire de l'autorité parentale** :

**AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER/FILMER ET DE PUBLIER**

Oui

Non

Nous autorisons la Mairie et l'Etablissement Régional Léo Lagrange Sud-Ouest et toute personne physique ou morale qu'elle mandaterait à photographier/filmer mon enfant, reproduire son image, diffuser et/ou publier cette image selon les conditions définies dans le Document Unique d'Inscription signé précédemment.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Informations complémentaires à la fiche sanitaire du Dossier Unique d'Inscription concernant la santé de l'enfant ou du jeune (allergies, Projet d'Accueil Individualisé, lunettes, prothèses, ...). **Photocopie des vaccins obligatoire.**

**AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES (assurances, situation familiale, ....)****Compagnie d'assurance**

N° contrat :

Responsabilité civile

Individuelle accident

**Situation familiale :** Marié(e) Couple Célibataire Veuf (ve) Divorcé(e) Pacsé(e)**Garde légale de l'enfant :** Père Mère Garde alternée(\*) Autres :

(\*) Joindre obligatoirement le planning de garde alternée au dossier pour la facturation des activités.

**Prénom et nom du payeur :**Si ce n'est pas déjà fait, souhaitez-vous le **prélèvement automatique** ? Oui(\*) Non

(\*) Dans ce cas, n'oubliez pas de compléter le mandat de prélèvement SEPA joint à ce dossier et de joindre un RIB.

**Format de la facture** Souhaitez-vous adhérer à la facture 100% électronique ? Oui Non**Régime de sécurité sociale** Allocataire CAF Régime spécial (MSA ou autre) Sans régime

N° allocataire CAF :

Nombre d'enfants à charge

**AUTORISATION CAF****Autorisation de recueil d'informations auprès de la CAF :** Oui Non

Autorisons la ville de Tournefeuille à recueillir les informations nous concernant auprès de la CAF, dont nos ressources, afin de vérifier notre éligibilité aux tarifications différenciées établies par la ville et ainsi de simplifier nos démarches (ex : mise à jour du quotient familial).

Nous soussignés :

- Représentant légal 1 (prénom, nom) :

- Représentant légal 2 (prénom, nom) :

- Si les parents n'exercent pas l'autorité parentale, nom et prénom du tuteur ou du représentant légal :

Agissant en qualité de représentant(e) légal(e) (ou de représentants légaux, si les deux parents exercent ensemble l'autorité parentale) de :

- Prénom et nom de l'enfant :

**Attestons** sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier de réactualisation.**Certifions** avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Tournefeuille.

Fait à

Le

**Signature****Responsable légal 1****Signature****Responsable légal 2**

**PRELEVEMENT AUTOMATIQUE  
 MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

Références de mandat unique :

 Facturation Restauration / Enfance / Jeunesse  
 Facturation Petite Enfance  
 Facturation Journées Découvertes / Séjours  
 Facturation Ecole Enseignements Artistiques

**Type de contrat : prélèvement Mairie de Tournefeuille**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la mairie de Tournefeuille à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mairie de Tournefeuille.

Vous bénéficiez d'un 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.

**Désignation du titulaire du compte à débiter**

Madame                      Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Appt. :

Bâtiment :

CP :

Ville :

Pays :

**Désignation et identifiant du créancier**

 Mairie de Tournefeuille  
 Place de l'Hôtel de Ville  
 31170 TOURNEFEUILLE - FRANCE

 IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS)  
 FR90ZZZ674771

**Désignation du compte à débiter**

IBAN

BIC

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

Signé à

**Signature**

Le

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Rappel : En signant le présent mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de Tournefeuille. 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 au guichet Familles de la Mairie de Tournefeuille.

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 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.