

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX DU FOYER

N° de la famille :

Nom et prénom du responsable légal :

Quotient familial : NC

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

- Nécessite un PAI
 Trousse

- Garde alternée : OUI NON
- Hors Commune : OUI NON
- Prélèvement automatique : OUI NON

	Nom et prénom des enfants	École fréquentée	Activités	Allergie et/ou Projet d'Accueil Individualisé
1		Niveau scolaire : École :	AM <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> ACM v ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> ACM m ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> CLAS <input type="checkbox"/> ADOS <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2		Niveau scolaire : École :	AM <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> ACM m ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> ACM v ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> CLAS <input type="checkbox"/> ADOS <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3		Niveau scolaire : École :	AM <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> ACM m ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> ACM v ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> CLAS <input type="checkbox"/> ADOS <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4		Niveau scolaire : École :	AM <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> ACM m ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> ACM v ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> CLAS <input type="checkbox"/> ADOS <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5		Niveau scolaire : École :	AM <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> ACM m ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> ACM v ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> CLAS <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

(1) : vacances - (2) : mercredis

Situation particulière :

- 1 facture par famille : OUI NON
- 1 facture par responsable légal : OUI NON

Date de suivi :

Enregistrement ordinateur :

Scan :

GUICHET UNIQUE
MAISON DES SERVICES PUBLICS
 2 rue de l'Hôpital à Brignoles
 04 94 86 22 49
 portail-brignoles.ciril.net



BRIGNOLES

DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILLE
ACTIVITÉS PÉRI-EXTRASCOLAIRES et CLUB ADOS
ANNÉE SCOLAIRE 2018 - 2019

RESPONSABLE LÉGAL 1

- Père Mère Tuteur

Nom et prénom :

.....

Date et lieu de naissance (+ département) :

..

Nationalité :

.....

Adresse :

.....

Numéros de téléphone :

Domicile :

Portable :

Professionnel :

Mail :@.....

RESPONSABLE LÉGAL 2

- Père Mère Tuteur

Nom et prénom :

.....

Date et lieu de naissance (+ département) :

..

Nationalité :

.....

Adresse (si différente du responsable légal 1) :

.....

Numéros de téléphone :

Domicile :

Portable :

Professionnel :

Mail :@.....

SITUATION FAMILIALE ACTUELLE DES PARENTS DE L'ENFANT

- Marié Divorcé Séparé Veuf(ve) Vie en concubinage PACS Célibataire

SITUATION FAMILIALE ACTUELLE DU FOYER

Si les parents sont séparés, beau-père ou belle-mère de l'enfant vivant avec lui :

Nom et prénom :

.....

Date et lieu de naissance (+ département) :

..

Nationalité :

.....

Adresse :

.....

Numéros de téléphone :

Domicile :

Portable :

Professionnel :

Mail :@.....

Profession :

- Marié Vie en concubinage PACS

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Régime allocataire : CAF MSA Autre (à préciser) N° Allocataire :

Nom de l'allocataire :

L'enfant bénéficie d'une allocation "Éducation de l'enfant handicapé" OUI NON

Prélèvement automatique : OUI NON **A COMPLÉTER PAR LA FAMILLE** Facture adressée par : • Mail : OUI NON

• Courrier : OUI NON

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : FAUN--0000005070-0000005070-01363

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) TRESORERIE BRIGNOLES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de TRESORERIE BRIGNOLES. 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 CRÉANCIER SEPA
FR39PEX485957

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

DESIGNATION DU CREANCIER

TRESORERIE BRIGNOLES

DESIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

.....

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

.....

TYPE DE PAIEMENT

- Paiement récurrent / répétitif
- Paiement ponctuel

Signé à :

Signature :

Le : / /

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant) :

.....

Nom du débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE OBLIGATOIRE (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 TRESORERIE BRIGNOLES. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différé directement avec TRESORERIE BRIGNOLES.

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.

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR (PHOTOCOPIES)

Rappel : seulement les dossiers complets seront acceptés

Contrôle de la famille	Documents à fournir obligatoirement	Contrôle de l'administration
<input type="checkbox"/>	→ Fiche sanitaire pour chaque enfant complète et signée par le médecin.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016, Si vous êtes affilié à la MSA ou si votre dossier CAF n'est pas actualisé au niveau du quotient familial.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	→ En cas de séparation ou de divorce, l'attestation signée des parents mentionnant le domicile ou la garde de l'enfant et en cas de jugement relatif à l'autorité parentale, fournir le document légal.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Si votre enfant rencontre des problèmes de santé : → un protocole d'urgence devra être rempli par le médecin traitant pour les cas suivants : - élève en situation de handicap - allergie alimentaire - régime alimentaire médical - pathologie nécessitant un traitement médical → pour les allergies médicamenteuses, vous devrez fournir un certificat médical de votre médecin traitant.	<input type="checkbox"/>

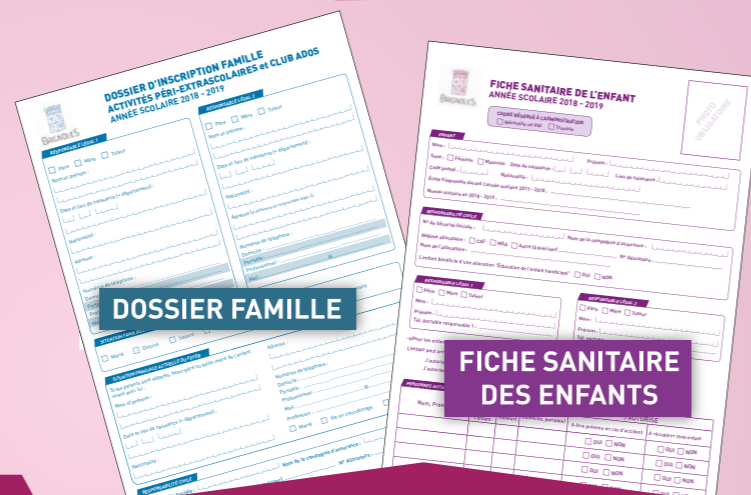
- Je certifie sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements donnés et m'engage à informer la ville de Brignoles de tout changement dans un délai d'un mois.
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités péri et extrascolaires à l'accepter sans réserve.

Fait à Brignoles, le / /

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

COMMENT INSCRIRE MON ENFANT POUR LA RENTRÉE 2018 ?

1ÈRE ÉTAPE
DU MARDI 15 MAI
AU VENDREDI 6 JUILLET 2018



DOSSIER FAMILLE

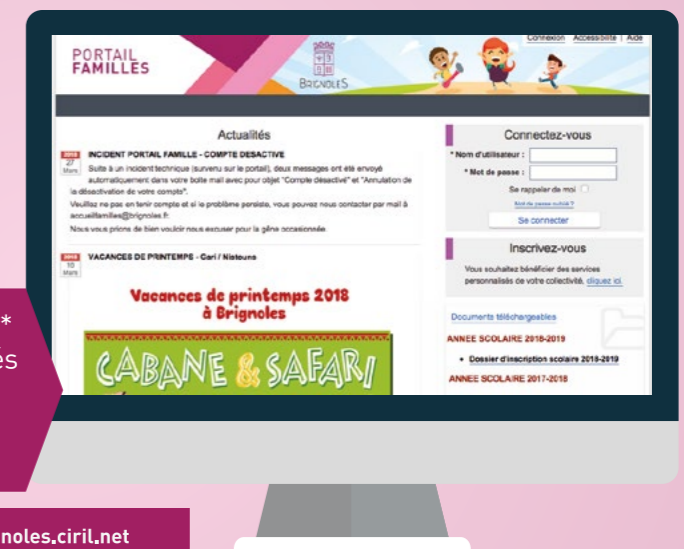
FICHE SANITAIRE DES ENFANTS

2 DÉPÔT du dossier complet au rez-de-chaussée de la Maison des Services Publics ou par courrier**

2ÈME ÉTAPE
DU LUNDI 28 MAI
AU VENDREDI 31 AOÛT 2018

SE CONNECTER sur votre Portail Familles* pour effectuer les réservations des activités "à la carte" ou pour modifier l'agenda de votre enfant dans la limite des places disponibles.

www.portail-brignoles.ciril.net



*Connectez-vous au Portail Familles : www.portail-brignoles.ciril.net
** Adresse postale : Mairie de Brignoles - Service Accueil Familles
BP 307 - 83170 BRIGNOLES

1 RETRAIT du dossier d'inscription au rez-de-chaussée de la Maison des Services Publics ou sur le Portail Familles*