



Ville de
**CESSON
SÉVIGNÉ**

Dossier unique d'inscription

de la ville de Cesson-Sévigné

Cadre réservé à l'administration

Date de dépôt : ____ / ____ / ____

Id DU : _____

Il vous permet de fournir en une seule fois des pièces justificatives pour l'accueil de votre (vos) enfant(s) dans les différentes structures municipales : petite enfance, restauration scolaire, accueils périscolaires et de loisirs, activités jeunesse, culture, inscription scolaire.

1. LA FAMILLE

Civilité : _____ Nom : _____

(intitulé souhaité pour la correspondance et la facturation)

Adresse : _____

Code postal : L L L L L Ville : _____

☎ Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Liste rouge

E-mail : _____@_____

Nombre total d'enfants : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

Situation familiale :

Célibataire Marié Pacsé Union maritale Veuf Divorcé Séparé

En cas de divorce ou de séparation : Quel parent a la garde de l'enfant* ? Père Mère Autre

*Décision de justice : garde exclusive partagée alternée

Fournir le jugement précisant la ou les personnes disposant de l'autorité parentale

Régime :

CAF MSA SNCF Régime maritime Autres : _____

N° allocataire : _____ Père Mère

Compagnie d'assurance de la Responsabilité Civile : _____

N° de police d'assurance Responsabilité Civile : _____

Date d'échéance : ____ / ____ / ____

Pour toute participation aux activités municipales proposées dans le cadre du dossier unique, l'enfant doit être couvert par une assurance extra-scolaire ou responsabilité civile du foyer en cours de validité. Nous attirons l'attention des responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent.

REPRESENTANT 1

Père Mère Tuteur Autres (précisez) : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____
 Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____ dept : ___/
 Adresse (si différente « FAMILLE ») : _____
 Code postal : L L L L L Ville : _____
 📞 Domicile (si différent « FAMILLE ») : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Liste rouge
 E-mail (si différente « FAMILLE ») : _____ @ _____

Catégories Socio-Professionnelles :

Agriculteur	<input type="checkbox"/>	Intermittent du spectacle	<input type="checkbox"/>
Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>	Militaire, Gendarme	<input type="checkbox"/>
Cadre du secteur privé	<input type="checkbox"/>	Ouvrier	<input type="checkbox"/>
Cadre du secteur public	<input type="checkbox"/>	Parent au foyer	<input type="checkbox"/>
Congé parental	<input type="checkbox"/>	Profession libérale	<input type="checkbox"/>
Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>	Retraité	<input type="checkbox"/>
Employé du secteur privé	<input type="checkbox"/>	Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/>
Employé du secteur public	<input type="checkbox"/>	Technicien	<input type="checkbox"/>
Etudiant	<input type="checkbox"/>		

Lieu de travail (code postal, ville) : L L L L L _____
 📞 professionnel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___
 📞 Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Autorité parentale : oui non

REPRESENTANT 2

Père Mère Tuteur Autres (précisez) : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____
 Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____ dept : ___/
 Adresse (si différente « FAMILLE ») : _____
 Code postal : L L L L L Ville : _____
 📞 Domicile (si différent « FAMILLE ») : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Liste rouge
 E-mail (si différente « FAMILLE ») : _____ @ _____

Catégories Socio-Professionnelles :

Agriculteur	<input type="checkbox"/>	Intermittent du spectacle	<input type="checkbox"/>
Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>	Militaire, Gendarme	<input type="checkbox"/>
Cadre du secteur privé	<input type="checkbox"/>	Ouvrier	<input type="checkbox"/>
Cadre du secteur public	<input type="checkbox"/>	Parent au foyer	<input type="checkbox"/>
Congé parental	<input type="checkbox"/>	Profession libérale	<input type="checkbox"/>
Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>	Retraité	<input type="checkbox"/>
Employé du secteur privé	<input type="checkbox"/>	Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/>
Employé du secteur public	<input type="checkbox"/>	Technicien	<input type="checkbox"/>
Etudiant	<input type="checkbox"/>		

Lieu de travail (code postal, ville) : L L L L L _____
 📞 professionnel : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___
 📞 Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Autorité parentale : oui non

3. L'ENFANT (compléter une fiche par enfant)

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Né(e) le : ____ / ____ / ____ à _____ dept : _ /

3.1 DOSSIER SANITAIRE DE LIAISON

3.1.1 Recommandations utiles des parents

	Oui	Non	Commentaires et conduites à tenir
Handicap			
Lunettes			
Lentilles			
Appareil dentaire			
Appareil auditif			
Autres (précisez) : _____			

3.1.2 Nom du MEDECIN traitant

ADRESSE



--	--	--

3.1.3 REGIME ALIMENTAIRE

(ex : sans sel, sans sucre,...)

Commentaires

--	--

3.1.4 PATHOLOGIES

(ex : allergies, maladie...)

Commentaires

--	--

Si vous avez renseigné le point 3.1.3 ou 3.1.4, et pour une prise en charge optimale de votre enfant, il convient de faire une demande de PAI (Projet d'accueil Individualisé)

Je (Nous) soussigné(s) _____

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant : _____

Demande la mise en place d'un Projet d'accueil Individualisé pour mon enfant

Ne demande pas de mise en place de Projet d'accueil Individualisé pour mon enfant

3.1.5 VACCINS

Oui

Non

Date du dernier rappel

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche			
BCG			
Hépatite B			
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Autres (précisez) : _____			

Vaccinations obligatoires (antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélique).

Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, joindre un certificat médical de contre-indication. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3.1.6 MALADIES	Oui	Non	Commentaires et conduites à tenir
Asthme			
Convulsion			
Coqueluche			
Diabète			
Eczéma			
Oreillons			
Otite			
Rougeole			
Rubéole			
Scarlatine			
Varicelle			
Autres (précisez) : _____			

3.1.7 ANTECEDENTS MEDICAUX	Commentaires et conduites à tenir

3.2 LES AUTORISATIONS PARENTALES

Je (nous) soussigné(s) : _____

- **AUTORISE(NT)** les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant :

NOM Prénom			Lien de parenté

Si, occasionnellement, une autre personne vient chercher l'enfant, la personne mandatée par la famille devra se munir d'une autorisation datée et signée par les parents et d'une pièce d'identité.

- **QUI APPELER EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE PARENTS ?**

NOM Prénom			Lien de parenté

- **AUTORISE(NT)** les responsables des services municipaux :

- A administrer à mon enfant des granulés ou crèmes homéopathiques en cas de chutes ou morsures : Oui Non
- A administrer à mon enfant, en cas de fièvre, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant : Oui Non
- A administrer, en cas de maladie de mon enfant, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance : Oui Non
- A appliquer de la crème solaire en cas de nécessité : Oui Non

- **AUTORISE(NT)** que mon enfant soit filmé ou photographié : Oui Non

- **AUTORISE(NT)** la diffusion de l'image de mon enfant sur tous supports de communication Mairie

(CIM, site internet, Ouest-France...) : Oui Non

- **AUTORISE(NT)** mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques : Oui Non

- **AUTORISE(NT)** mon enfant à participer à des sorties organisées par les établissements municipaux : Oui Non

- **AUTORISE(NT)** mon enfant à partir seul des activités municipales :

Nous attirons l'attention des parents sur le fait que cette autorisation s'adresse principalement aux enfants ayant atteint un degré de maturité suffisant pour appréhender la voie publique.

- De l'accueil de loisirs primaire : Oui Non
- De l'accueil périscolaire : Oui Non
- De l'activité culturelle : Oui Non

Signature représentant 1

Date et mention « lu et approuvé »

Signature représentant 2

Date et mention « lu et approuvé »

4. LES AUTRES AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS DES RESPONSABLES

Je (nous) soussigné(s) : _____

- **S'ENGAGE(NT)** à rembourser aux structures municipales tous les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.
- **S'ENGAGE(NT)** à respecter le règlement de fonctionnement des structures municipales que mon (mes) enfant(s) fréquente(nt).
- **AUTORISE(NT)** à m'(nous)envoyer des informations par mail :
- **CERTIFIE(NT)** être informé de mon (notre) intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels. Et, ce conformément à la loi n° 2001-624 du 17/07/01 dans son titre IV (dispositions relatives à la jeunesse et à l'éducation populaire).
- **CERTIFIE(NT) avoir reçu et pris connaissance de la note d'information du dossier unique, du mémo et des conditions tarifaires.**
- **CERTIFIE(NT)** avoir pris connaissance des renseignements demandés, atteste de l'exactitude des informations sur ma (notre) situation figurant dans le présent dossier et m'(nous) engage(ons) à signaler au service Accueil Général, Espace Citoyen tout changement pouvant intervenir.

Signature représentant 1

Date et mention « lu et approuvé »

Signature représentant 2

Date et mention « lu et approuvé »

5. PARTICIPATION FINANCIÈRE DES FAMILLES

La participation financière des familles ne couvre qu'une partie du coût de revient global des activités. Le solde est pris en charge par le budget de la Ville.

La ville de Cesson-Sévigné a mis en place une modulation des tarifs en fonction des ressources des familles (quotient familial). A cette fin, plusieurs tranches de dégressivité existent. La fixation de votre tranche de dégressivité est déterminée à partir du quotient familial.

5.1 Quotient Familial, mis à jour chaque année au 1^{er} janvier

La Caisse d'Allocations Familiales d'Ille et Vilaine met à disposition de la Ville de Cesson-Sévigné un service internet à caractère professionnel (CAFPRO) lui permettant de consulter directement votre quotient familial nécessaire au calcul des tarifs dégressifs pour les activités municipales.

A cette fin, nous vous remercions par avance de bien vouloir renseigner la partie ci-dessous :

Je (nous) soussigné(s), _____, est (sommes) :

Allocataire CAF

Autorise(nt) la Ville de Cesson-Sévigné à obtenir du service CAFPRO les données nécessaires au calcul de la facturation

N° d'allocataire CAF (7 chiffres) : ___/___/___/___/___/___/___

**Merci de vous assurer que votre dossier est intégralement à jour au niveau de la CAF (revenus, situation, nombre d'enfants à charge, ...)
Dans le cas contraire, merci de nous transmettre votre avis d'imposition revenus N-2.**

N'autorise(nt) pas la Ville de Cesson-Sévigné à consulter le service CAFPRO

- Documents à fournir : attestation de paiement de la CAF (année en cours) datant de – de 3 mois, avec indication du quotient familial

Allocataire MSA ou autre régime : _____

Documents à fournir : attestation de paiement (année en cours) datant de – de 3 mois, avec indication du quotient familial et des prestations familiales reçues, à défaut avis d'imposition revenus N-2 et justificatif de l'organisme versant les prestations pour la famille et le logement (document(s) avec détail des prestations reçues).

Je (Nous) ne souhaite (ons) pas communiquer mes (nos) revenus ou je (nous) suis (somes) Non-Cessonais
Aucun justificatif de ressources n'est à fournir.

Attention ! Dès lors que cette rubrique est cochée, votre dossier de tarification est automatiquement renouvelé au tarif maximum sans aucune démarche de votre part.

Votre participation financière étant calculée en fonction de vos revenus et de votre composition familiale, le tarif maximum sera appliqué d'office pour chaque service utilisé, s'il n'est pas possible de calculer votre quotient familial (absence de n° d'allocataire CAF et d'autorisation CAFPRO ou dossier non mis à jour auprès de la CAF, absence d'attestation de quotient MSA ou SNCF, absence de fiche d'imposition N-2). Ce tarif maximum sera appliqué tant que les justificatifs ne seront pas intégralement transmis à l'Espace Citoyen. **Il n'y a pas d'effet rétroactif.**

Le quotient familial est calculé pour l'année civile. Ce dernier est révisable en cas de changement de situation familiale, sur présentation d'un justificatif (acte de naissance ...). **Il n'y a pas d'effet rétroactif.**

Aucun quotient familial ne peut être calculé pour les personnes n'habitant pas la ville de Cesson-Sévigné. Dans ce cas, le tarif non-Cessonais de la prestation est appliqué.

5.2 Les tarifs

Les tarifs sont fixés chaque année par délibération du Conseil Municipal pour un effet au 1^{er} septembre. Ils sont consultables sur le site de la Ville et sur le Portail Familles.

6. MODALITES DE FACTURATION ET PAIEMENT

6.1 **Les factures sont adressées mensuellement aux familles par courriel**, à l'adresse indiquée dans l'onglet « Famille » du dossier.

Je (Nous) ne dispose(ons) pas de courriel. Aussi, je (nous) souhaite(ons) recevoir la facture par voie postale

6.2 Modes de paiement acceptés

- Chèque bancaire
- Espèce
- Carte bancaire
- En ligne par le Portail Familles (paiement sécurisé)
- Prélèvement bancaire en complétant la demande de prélèvement SEPA accompagnée d'un RIB
- Chèque vacance (pour les ALSH et les écoles culturelles)
- CESU (pour les ALSH, la garderie, la Maison de l'Enfance et la Micro crèche)
- Bons CAF (pour les ALSH pendant les vacances scolaires)

7. CONFIDENTIALITE

Vos réponses sont obligatoires pour gérer votre dossier unique famille. Un dossier incomplet ne pourra pas être traité. 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 vous concernant, que vous pouvez exercer auprès du service Accueil Général, Espace Citoyen de la ville de Cesson Sévigné, seul destinataire de ces données.

Rappel : Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

Signature représentant 1

Date et mention « lu et approuvé »

Signature représentant 2

Date et mention « lu et approuvé »