

DOSSIER INSCRIPTION

Pôle enfance municipal

ACCUEIL PERISCOLAIRE - RESTAURATION - ACCUEIL DE LOISIRS

202 / 202

IDENTITE DE L'ENFANT		PHOTO
NOM:		
PRENOM:		
SEXE:		
DATE DE NAISSANCE:		
LIEU DE NAISSANCE:		
SCOLARITE DE L'ENFANT		
NOM DE L'ENSEIGNANT:		
CLASSE:	ECOLE :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE*	
NOM DE L'ASSUREUR:	N° DE CONTRAT
ADRESSE:	
*joindre la copie de l' attestation (à renouveler tous les ans)	

RESPONSABLES LEGAUX	
NOM :	NOM :
PRENOM:	PRENOM:
TYPE: PÈRE / MERE / AUTRE (PRECISEZ)	TYPE: PÈRE / MERE / AUTRE (PRECISEZ)
ADRESSE COMPLETE:	ADRESSE COMPLETE:
TEL FIXE:	TEL FIXE:
TEL PORTABLE:	TEL PORTABLE:
EMAIL:	EMAIL:
PROFESSION :	PROFESSION :
EMPLOYEUR :	EMPLOYEUR :
TEL PRO:	TEL PRO:
SITUATION DE FAMILLE : marié,pacsé, divorcé, séparé, autre	SITUATION DE FAMILLE: marié,pacsé, divorcé, séparé, autre

PAYEUR DES FACTURES	
NOM	TYPE: PÈRE / MERE / AUTRE (PRECISEZ)
PRENOM:	
ADRESSE COMPLETE:	
TEL FIXE:	TEL PRO:
TEL PORTABLE:	EMAIL:
SITUATION DE FAMILLE : marié,pacsé, divorcé, séparé, autre	

DONNEES CAF OU MSA obligatoire*		
CAF <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>	AUTRE (PRECISEZ) :
N° ALLOCATAIRE :		
QUOTIENT :		
*joindre la copie de l' attestation ou à défaut la feuille d'imposition (à renouveler tous les ans)		

Pour les parents séparés, merci de remplir un dossier par tuteur et de nous fournir le planning de garde

PERSONNES A CONTACTER (par ordre de priorité)

CONTACT 1		CONTACT 2	
NOM :		NOM :	
PRENOM:		PRENOM:	
TIERCES PERSONNES AUTORISEES: GRANDS-PARENTS, ETC... (PRECISEZ)		TIERCES PERSONNES AUTORISEES: GRANDS-PARENTS, ETC... (PRECISEZ)	
ADRESSE COMPLETE:		ADRESSE COMPLETE:	
TEL FIXE:		TEL FIXE:	
TEL PORTABLE:		TEL PORTABLE:	
APPEL EN CAS D'URGENCE	OUI/NON	APPEL EN CAS D'URGENCE	OUI/NON
AUTORISE A RECUPERER L'ENFANT	OUI/NON	AUTORISE A RECUPERER L'ENFANT	OUI/NON

CONTACT 3		CONTACT 4	
NOM :		NOM :	
PRENOM:		PRENOM:	
TIERCES PERSONNES AUTORISEES: GRANDS-PARENTS, ETC... (PRECISEZ)		TIERCES PERSONNES AUTORISEES: GRANDS-PARENTS, ETC... (PRECISEZ)	
ADRESSE COMPLETE:		ADRESSE COMPLETE:	
TEL FIXE:		TEL FIXE:	
TEL PORTABLE:		TEL PORTABLE:	
APPEL EN CAS D'URGENCE	OUI/NON	APPEL EN CAS D'URGENCE	OUI/NON
AUTORISE A RECUPERER L'ENFANT	OUI/NON	AUTORISE A RECUPERER L'ENFANT	OUI/NON

CONTACT 5		CONTACT 6	
NOM :		NOM :	
PRENOM:		PRENOM:	
TIERCES PERSONNES AUTORISEES: GRANDS-PARENTS, ETC... (PRECISEZ)		TIERCES PERSONNES AUTORISEES: GRANDS-PARENTS, ETC... (PRECISEZ)	
ADRESSE COMPLETE:		ADRESSE COMPLETE:	
TEL FIXE:		TEL FIXE:	
TEL PORTABLE:		TEL PORTABLE:	
APPEL EN CAS D'URGENCE	OUI/NON	APPEL EN CAS D'URGENCE	OUI/NON
AUTORISE A RECUPERER L'ENFANT	OUI/NON	AUTORISE A RECUPERER L'ENFANT	OUI/NON

PERSONNES NON AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

NOM	PRENOM

INFORMATIONS MEDICALES

MEDECIN	TELEPHONE	SPECIALITE

VACCINS	FAIT LE	RAPPEL LE
Diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae b, et hépatite B.		
Pneumocoque		
Méningocoque de serogroupe C (Neisvac)		
ROR (Rougeole, Oreillons, rubéole)		
Hépatite A		
Meningocoque de serogroupe B		
Papillomavirus humains		
Tuberculose (BCG)		
Grippe		
Varicelle		
Autres		

Contre-indication
Observation

APPAREILLAGE	Réponses
LUNETTES : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
APPAREIL DENTAIRE : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
APPAREIL AUDITIF : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON
HANDICAP	Réponses
HANDICAP : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes en situation de handicap ? (MDPH)	OUI / NON

ALIMENTAIRE	Réponses
ALLERGIE : Votre enfant a-t-il une allergie alimentaire, si oui, laquelle ? (Joindre le PAI)	OUI / NON
PRATIQUE ALIMENTAIRE :	
SANS PORC <input type="checkbox"/>	HALAL <input type="checkbox"/>
*Merci de prendre RDV avec l'équipe VEGETARIEN <input type="checkbox"/>	AUTRES :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES IMPORTANTES

AUTORISATIONS	Réponses
HOSPITALISATION : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.	OUI / NON
PARTIR SEUL : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche)	OUI / NON
PRISE DE PHOTO : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
SPORT : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure	OUI / NON

FREQUENTATION DES DIFFERENTS SERVICES		
		Réponses
Votre enfant fréquentera: (Pour info seulement)	L'accueil périscolaire	OUI / NON
	Le restaurant scolaire	OUI / NON
	Le centre de loisirs (vacances)	OUI / NON
	Les mercredis	OUI / NON

ACCUEIL PERISCOLAIRE RESTAURATION SCOLAIRE

Si vous désirez inscrire votre enfant à une activité ci-dessous, cochez la case correspondante

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Accueil périscolaire du matin 7h-8h25				
Accueil périscolaire du soir 16h20-19h				
Repas				

Les inscriptions des mercredis et vacances scolaires se font par période, elles sont disponibles sur le site de la mairie du Landreau

AIDE AUX DEVOIRS

L'aide aux devoirs est destinée aux enfants du CE1 au CM2. Cette aide doit permettre aux élèves de faire leurs devoirs confiés par l'enseignant dans le calme. L'enfant qui participe s'engage à être assidu dans son travail et à respecter les encadrants.

Le fonctionnement : L'aide aux devoirs est possible le lundi, mardi et jeudi pendant la période scolaire

Les horaires : Les enfants inscrits sont pris en charge dès la fin du goûter vers 16h45 jusqu'à 17h30.

Le tarif : Ce service est totalement gratuit, il n'y a donc aucun surcoût au niveau de la facturation. Seul le tarif périscolaire habituel sera facturé

LA FICHE D'INSCRIPTION EST OBLIGATOIRE POUR POUVOIR Y PARTICIPER *

* Elle est disponible à l'accueil du pôle enfance

ATTESTATION

Nous soussignés (*)	
responsables légaux de l'enfant (*)	

→ Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure

→ Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche

→ Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,

→ Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande

→ Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements

RESPONSABLE 1 (*)	RESPONSABLE 2 (*)
Fait à:	Fait à:
Date	Date
Signature	Signature

(*) A remplir obligatoirement

Conformément au Règlement (UE)2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 Avril 2016, vous êtes informé(e) que les données personnelles collectées sont destinées uniquement pour le traitement de votre (vos) inscription (s) au pôle enfance municipal"

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement des données qui vous concernent. Pour exercer ces droits, ou joindre le délégué à la protection des données, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante: rgpd@cc-sevreloire.fr

