



# DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SERVICE ENFANCE

Accueil de Loisirs mercredis/vacances  
Accueil Périscolaire - Restauration Scolaire

**L'enfant** NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Ecole :  Groez-Ven  Sainte-Marie  
Sexe :  masculin  féminin  Autre : .....  
Classe : Cycle 1  TPS  PS  MS  GS  
Cycle 2 :  CP  CE1  CE2  
Cycle 3 :  CM1  CM2  6<sup>ème</sup>

## Responsable(s) légal(aux) de l'enfant

- **Nom Prénom** : ..... **Date de naissance** : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Contact : Portable : ..... Domicile : .....  
 Travail : .....  
@ Mail : .....
- **Nom Prénom** : ..... **Date de naissance** : .....  
Adresse (si différente) : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Contact : Portable : ..... Domicile : .....  
 Travail : .....  
@ Mail : .....

**Qui a autorité parentale ?**  les 2 parents  Père  Mère  Autre.....  
*En cas de retrait de l'autorité parentale, joindre la copie de la décision de justice*

**Qui a la garde de l'enfant ?**  les 2 parents  Père  Mère  Garde alternée  
 Autre (préciser).....

## **Personnes à contacter** (autres que les responsables légaux)

Nom, Prénom : .....  
Téléphone : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
 À contacter en cas d'urgence  Autorisé à récupérer l'enfant

Nom, Prénom : .....  
Téléphone : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
 À contacter en cas d'urgence  Autorisé à récupérer l'enfant

Nom, Prénom : .....  
Téléphone : .....  
Lien avec l'enfant : .....  
 À contacter en cas d'urgence  Autorisé à récupérer l'enfant

## Informations Santé

Médecin traitant : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

### Votre enfant a-t-il des allergies ? :

- Alimentaires  Oui  Non .....
- Asthme  Oui  Non .....
- Médicaments  Oui  Non .....
- Autres  Oui  Non .....

Votre enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ?  Oui  Non

Votre enfant a-t-il besoin d'un accueil spécifique lié à un handicap ?  Oui  Non

*Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, merci de fournir à la direction les éléments nécessaires à la prise en charge de votre enfant (PAI, traitements, protocole d'accueil spécifique...)*

Votre enfant suit-il un régime particulier ? (sans porc, végétarien...)  Oui  Non

Si oui, lequel : .....

**Les vaccinations sont obligatoires pour entrer en collectivité, merci d'indiquer la date du dernier rappel DTP et de fournir une copie du carnet de santé**

- Pour les enfants nés avant 2018, 3 vaccins obligatoires : Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite (DTP)
- Pour les enfants nés à partir de 2018, 11 vaccins obligatoires : DTP, Coqueluche, Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, Pneumocoque, Méningocoque, Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR)

Je certifie que mon enfant est à jour dans ses vaccins - Date du dernier rappel de vaccin DTP : .....

### Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| • Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | • Rhumatisme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non     |
| • Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |
| • Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    | • Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | • Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé (*maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation...*) qui nécessitent la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et/ou éventuels soins à apporter ? .....

.....  
.....

Avez-vous des recommandations que vous souhaitez nous communiquer concernant votre enfant (*comportement, habitudes, port de lunettes, observations particulières...*) : .....

.....  
.....

## Assurances

**Il est recommandé aux familles d'avoir une assurance couvrant les dommages corporels que leur enfant pourrait causer et/ou auxquels il peut être exposés au cours des activités pratiquées durant les temps péri et extrascolaires.**

Il revient aux parents de vérifier auprès de leur assurance que l'attestation fournie couvre bien l'ensemble des temps pendant lesquels l'enfant est accueilli.

Je déclare que mon enfant est couvert par une assurance en responsabilité civile individuelle ou familiale.

## Facturation

Afin de mettre en place la tarification modulée, nous avons besoin d'informations personnelles vous concernant.  
Nous vous garantissons qu'elles resteront confidentielles.

Votre Régime :  CAF - Numéro allocataire .....  
 MSA - Numéro allocataire .....

OU  J'autorise la responsable du Pôle Enfance Jeunesse à consulter mon quotient familial sur le site professionnel de la CAF  
 Je fournis l'attestation de quotient familial datant de moins de 3 mois (obligatoire pour les allocataires de la MSA)

**Si l'attestation de quotient familial n'est pas fournie, le tarif le plus élevé sera automatiquement appliqué.**

Souhaitez-vous régler par prélèvement automatique ?  Oui  Non

Si oui, fournir un RIB et compléter le mandat de prélèvement (la facture est prélevée tous les 15 du mois suivant).

## Autorisations parentales et déclarations



J'autorise le Service Enfance Jeunesse à prendre toutes les dispositions jugées nécessaires en cas d'accident ou de maladie pour faire soigner mon enfant, à le faire hospitaliser en cas d'urgence (*appel pompiers, médecins*)



J'autorise mon enfant à être photographié/filmé lors des activités et je permets la parution de son image pour :  
→ des présentations au sein de l'accueil de loisirs  
→ les journaux locaux et municipaux  
→ le site de la mairie et du Service Enfance Jeunesse pour illustrer des activités  
(*aucun visage d'enfant ne sera publié sur les réseaux sociaux*)



J'autorise mon enfant à prendre les transports lors des sorties organisées par l'accueil de loisirs (*car, minibus*)



Je déclare être responsable de mon enfant lorsqu'il n'est pas pris en charge par le Service Enfance :  
→ à l'issue du temps scolaire s'il n'est pas inscrit au Périscolaire  
→ dès lors qu'il quitte l'enceinte de l'accueil de loisirs ou de l'école pour se rendre à des activités extrascolaires ou des rendez-vous.



Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, et m'engage à en respecter les termes.



Je m'engage à prévenir le Pôle Enfance Jeunesse de tout changement concernant la situation familiale ou les informations présentes dans ce dossier.

## Autorisations de sorties

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul à la fin des activités :

- Oui
- Oui mais ⇨ à partir de .....h..... lorsque mon enfant est au périscolaire  
⇨ à partir de .....h..... lorsque que mon enfant est à l'Accueil de Loisirs
- Non



Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature :