

# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Ce dossier a pour objectif de vous créer un accès au Portail famille afin d'effectuer vos réservations aux activités enfance-jeunesse, péri ou extra scolaires, organisées par la Ville de Guérande.

Ce dossier doit être déposé, dûment complété et accompagné des pièces justificatives mentionnées ci-dessous, à l'adresse suivante :

Maison de la Famille  
22, faubourg Saint-Michel  
44350 GUERANDE

ou par mail :  
[accueil.maisondelafamille@ville-guerande.fr](mailto:accueil.maisondelafamille@ville-guerande.fr)

(À REMETTRE DÈS QUE POSSIBLE)

LES DOSSIERS IMCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTE

## SERVICES CONCERNÉS

- Restauration scolaire
- École Municipale des Sports (EMS)
- Accueil Périscolaire (APS)
- Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)
- Découv'Sports
- Mini-camps
- Accueil 10-14 ans

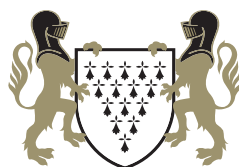
L'inscription administrative d'un enfant ne correspond pas à une réservation d'activité.

Pour chaque activité, il existe différentes modalités de réservation.

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- N° d'allocataire CAF ou MSA, ou, à défaut, dernier avis d'imposition
- Copie du carnet de santé ou attestation du médecin certifiant que les vaccinations sont à jour
- Attestation d'assurance « Responsabilité Civile »
- Une photo d'identité de l'enfant

D'autres pièces complémentaires peuvent être demandées lors de la réservation de certaines activités (exemple : test d'aisance aquatique ou brevet de 25 mètres pour les activités voiles et kayak de Découv'Sports...)



Ville de  
**Guérande**

[www.ville-guerande.fr](http://www.ville-guerande.fr)

## AUTORISATION

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

Atteste son inscription aux services / animations municipaux : Restauration scolaire, Activités Péri-Scolaires (APS), Accueils de loisirs (ALSH), Accueil 10-14 ans, Découv'Sports, Mini-camps, École Municipale des Sports.

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités péri et extra scolaires organisées par la Ville de Guérande dans les domaines périéducatifs, sportifs et de loisirs (exemples : piscine, sorties...) pour l'année scolaire.

- Autorise mon enfant à rentrer seul dès la fin des activités :  oui  non

- Accepte que mon enfant soit photographié, filmé, et que les services municipaux utilisent les images dans un but non lucratif afin de promouvoir leurs activités :  oui  non

Autorise la direction à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

- Autorise la consultation de mes comptes CAF :  oui  non  
(en cas de refus c'est le tarif le plus élevé qui sera appliqué)

- Autorise l'envoi des factures par mail :  oui  non

**Déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs des activités auxquelles mon enfant participe.**

Fait à Guérande, le \_\_\_\_\_

**Signature précédée de la mention « lu et approuvé »**

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## FAMILLE

Code (réservé à l'administration) : \_\_\_\_\_

### Situation familiale

Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale

Copie du jugement concernant la garde de l'enfant :  oui  non

*\* Obligatoire*

Renseignements	Responsable 1	Responsable 2
Lien de parentalité *		
Nom et prénom *		
Date de naissance *		
Adresse *		
Tél. domicile *		
Tél. mobile *		
Adresse mail		
Accès portail Famille (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession		
Tél. professionnel		
Débiteur (cochez qu'une case) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° d'allocataire CAF ou MSA (fournir une attestation)		

(1) Possibilité d'avoir 2 accès avec 2 adresses mail.

## ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : Féminin  Masculin

Adresse de l'enfant si différent de celle des représentants : \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

# DOSSIER MÉDICAL

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :  oui  non

↳ Panier repas :  oui  non

Traitement médical en cours : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) :  oui  non (fournir une attestation)

	PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT		
	1 <sup>ère</sup> personne	2 <sup>e</sup> personne	3 <sup>e</sup> personne
Nom et prénom			
Lien de parentalité ou lien avec la famille			
Adresse			
Tél. domicile*			
Tél. mobile*			

\*Pour la sécurité de votre enfant, merci de signaler impérativement tout changement de coordonnées.

	AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)		
	1 <sup>ère</sup> personne	2 <sup>e</sup> personne	3 <sup>e</sup> personne
Nom et prénom			
Lien de parentalité ou lien avec la famille			
Adresse			
Tél. domicile*			
Tél. mobile*			

\*Pour la sécurité de votre enfant, merci de signaler impérativement tout changement de coordonnées.