

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Ce dossier a pour objectif de simplifier les démarches administratives d'accès 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

A REMETTRE AVANT LE DÉBUT DE L'ANNÉE SCOLAIRE
LES DOSSIERS IMCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTE

SERVICES CONCERNÉS

- Restauration scolaire
- Temps Péri Educatifs (TPE)
- Accueil Périscolaire (APS)
- Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)
- Découv'Sports
- Mini-camps

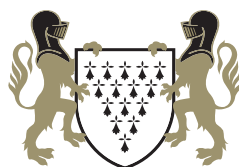
L'inscription administrative d'un enfant ne correspond pas à une réservation d'activité.

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
- Attestation du médecin certifiant que les vaccinations sont à jour ou copie du volet « vaccination » du carnet de santé
- 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 : certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives pour Découv'Sports...)



Ville de
Guérande

www.ville-guerande.fr

AUTORISATION

Je soussigné(e), _____

responsable légal de l'enfant : _____

- Atteste son inscription aux services / animations municipaux : **Restauration scolaire, TPE, APS, ALSH, Découv'Sports, Mini-camps.**

- 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 (en cas de refus c'est le tarif le plus élevé qui sera appliqué) : oui non

- 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

Remplir obligatoirement les deux colonnes, même en cas de séparation ou de divorce.

Renseignements	Responsable 1	Responsable 2
Qualité		
Nom et prénom		
Adresse		
Tél. domicile*		
Tél. mobile*		
Adresse mail		
Profession		
Tél. professionnel		
Compagnie d'assurance et n° de contrat		
N° d'allocataire CAF ou MSA		

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

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Lieu de naissance : _____

Sexe : Féminin Masculin Adresse de l'enfant : _____

_____ Etablis-
ment scolaire : _____ Niveau scolaire : _____

Sait nager : oui non Brevet d'immersion : oui non

DOSSIER MÉDICAL

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Ville : _____

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

↳ Panier repas : oui non

Traitement médical en cours : _____

Groupe sanguin : _____ Commentaires : _____

Allergies : _____

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

Situation vaccinale (dates des vaccinations)

DT. POLIO 1 : _____ DT. POLIO rappel 1 : _____

DT. POLIO 2 : _____ DT. POLIO rappel 2 : _____

DT. POLIO 3 : _____

AUTRES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (À REMPLIR OBLIGATOIREMENT)

	1 ^{ère} personne	2 ^e personne	3 ^e personne
Nom et prénom			
Qualité			
Adresse			
Tél. domicile*			
Tél. mobile*			

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

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

	1 ^{ère} personne	2 ^e personne	3 ^e personne
Nom et prénom			
Qualité			
Adresse			
Tél. domicile*			
Tél. mobile*			

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