

Cochez les cases pour lesquelles l'enfant est concerné	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
L'enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires ou tout autre équipement de santé (précisez dans la case.)			
L'enfant suit un traitement médical (P.A.I - Protocole d'Accueil Individualisé)			
L'enfant est couvert par une assurance à responsabilité civile et individuelle accident			
Vaccination (cochez la case lorsque le vaccin est à jour et précisez la date du dernier rappel)			
Diptérie (vaccin obligatoire)			
Tétanos (vaccin obligatoire)			
Poliomyélite (vaccin obligatoire)			
OU DT Polio (vaccin obligatoire)			
OU Tétracoq (vaccin obligatoire)			
BCG			
Hépatite B (Vaccin recommandé)			
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole) (Vaccin recommandé)			
Coqueluche (Vaccin recommandé)			
Autre (Précisez dans la case)			
L'enfant a déjà eu les maladies suivantes (cochez la case si oui)			
Rubéole			
Angine			
Varicelle			
Coqueluche			
Otite			
Rougeole			
Oreillons			
Scarlatine			
Rhumatisme articulaire aigu			
L'enfant a des allergies (cochez la case si oui et précisez le type)			
Asthme			
Alimentaire			
Médicamenteuse			
Autres			

Une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé est à fournir chaque année.

Le P.A.I en cours de validité est à redonner à chaque inscription.

(si son renouvellement intervient dans l'année scolaire, il est à redonner pour qu'il soit ajouté au dossier de suivi de votre enfant)

En cas d'accident bénin, les responsables de l'enfant sont prévenus sur les temps d'accueil ou par téléphone. En cas d'évènement grave, les familles seront prévenues immédiatement afin qu'elles puissent venir chercher l'enfant. Le personnel pourra avertir le SAMU ou les Pompiers. **Il est important que vos coordonnées téléphoniques soient à jour** et d'avertir les référents de service et le service périscolaire de tout changement. Personnes à contacter en cas d'urgence (par ordre de priorité) :

1) Prénom NOM Téléphone :

2) Prénom NOM Téléphone :

3) Prénom NOM Téléphone :

Je, soussigné(e), responsable légal(e) du ou des enfants inscrits sur cette fiche*,

Nous, soussignéset, responsables légaux du ou des enfants inscrits sur cette fiche*,

- autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de nos enfants.

Fait à, le ... / ... / 20....

Signatures :

DOSSIER D'INSCRIPTION ÉCOLE PUBLIQUE

TEMPS PÉRISCOLAIRES 20....-20....

Un dossier par famille

Dossier à retourner à l'accueil de l'Hôtel de Ville, dans sa boîte aux lettres ou auprès de l'animateur référent du site

avant le

Attention, aucune inscription ne sera possible passée cette date.

Veillez bien à transmettre vos attestations CAF et vaccinations à jour.

1 / Identité de la fratrie

Enfant 1

Prénom :

NOM :

Date de naissance : ... / ... / ...

Niveau de classe 20....-20.... :

Maternelle Bellevue

Élémentaire Bellevue

Maternelle Charles Perrault

Élémentaire Marie Curie

Enfant 2

Prénom :

NOM :

Date de naissance : ... / ... / ...

Niveau de classe 20....-20.... :

Maternelle Bellevue

Élémentaire Bellevue

Maternelle Charles Perrault

Élémentaire Marie Curie

Enfant 3

Prénom :

NOM :

Date de naissance : ... / ... / ...

Niveau de classe 20....-20.... :

Maternelle Bellevue

Élémentaire Bellevue

Maternelle Charles Perrault

Élémentaire Marie Curie

2 / Inscriptions (Cochez la case pour inscrire votre enfant)

	7h30-8h35 Accueil périscolaire	11h45-13h30 Restauration scolaire	16h30-18h30 Accueil périscolaire
Enfant 1			
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			
Enfant 2			
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			
Enfant 3			
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

RAPPEL MODALITÉS

Accueil périscolaire

Seul le temps de présence de l'enfant sera facturé. Inscrire votre enfant ne vous engage pas sur la totalité de la plage horaire d'accueil, ni sur toute l'année.

Restauration scolaire

L'inscription se fait à l'année. **L'inscription ponctuelle ou l'annulation du repas doit se faire au plus tard 48h avant la date et avant 10h** (hors week-end, mercredi et jour férié).
Ex : avant jeudi 10h pour le repas du lundi ou avant mardi 10h pour le repas du vendredi.

Toute demande hors délai sera facturée au prix réel du repas. Seules les absences pour motifs médicaux ou impossibilité d'accueil de l'école permettront la non facturation du repas et uniquement si l'information est donnée avant 9h le jour même par téléphone ou mail.

Pour plus d'informations, se référer au guide unique périscolaire.

3 / Coordonnées des responsables légaux du ou des enfants

Parent 1	Parent 2	Tuteur
Prénom :	Prénom :	Prénom :
NOM :	NOM :	NOM :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
CP :	CP :	CP :
Ville :	Ville :	Ville :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :	Tél portable :
Tél professionnel :	Tél professionnel :	Tél professionnel :
Mail :	Mail :	Mail :

Garde juridique des enfants confiée :

aux deux parents à la mère* au père* autre : _____
(*une attestation pourra être demandée)

Merci de bien vouloir porter à notre connaissance toute information que vous jugerez nécessaires pour le bon déroulement de ces temps périscolaires (ex : garde alternée).

4 / Autorisations

Cochez les cases correspondantes aux autorisations accordées	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Mon enfant peut rentrer seul après les temps périscolaire (pour les élémentaires uniquement)			
Mon enfant peut quitter l'établissement avec une personne habilitée* après les temps périscolaire			
Dans le cadre d'activités périscolaires encadrées, mon enfant peut être accompagné dans les salles et terrains sportifs communaux par un animateur périscolaire			
L'image de mon enfant peut être utilisée pour promouvoir et valoriser les activités des services périscolaires dans le cadre de ses activités aux fins exclusives de la Ville sur ses supports municipaux (magazine La Gogane, site internet www.murs-erigne.fr, vidéo, plaquette ou flyer éducatifs...).			

* Personnes habilitées à venir récupérer le ou les enfants (hors parents et tuteur) :

Prénom NOM Téléphone :

En qualité de :

Prénom NOM Téléphone :

En qualité de :

Prénom NOM Téléphone :

En qualité de :

La Ville se dégage de toute responsabilité vis-à-vis de la personne envoyée par la famille.

5 / Paiement

Coordonnées du payeur 1

M. Mme (rayer les mentions inutiles)

Prénom

NOM

Adresse :

CP : Ville :

Tél :

Portable :

Mail :

Coordonnées du payeur 2

M. Mme (rayer les mentions inutiles)

Prénom

NOM

Adresse :

CP : Ville :

Tél :

Portable :

Mail :

En cas de garde alternée nécessitant un paiement partagé, veuillez préciser les modalités pour :

Payeur 1 :

Payeur 2 :

Ex : semaine paire pour le père et semaine impaires pour la mère.

Précisez ci-dessous les 2 moyens de paiement si facturations partagée. Si paiement par prélèvement, merci de fournir les 2 RIB.

Moyen de paiement

- Prélèvement automatique (mandat SEPA) et l'autorisation de prélèvement (RIB à fournir)
- Paiement en ligne (par carte bleue)
- Par chèque ou carte bleue directement à la Trésorerie de Trélazé
- Par virement bancaire (IBAN à retirer auprès de la Trésorerie de Trélazé)

NB : **les tickets CESU ne sont pas acceptés** comme moyen de paiement.

Je soussigné(e), responsable légal(e) du ou des enfants inscrits sur cette fiche certifie sur l'honneur* :

Nous soussigné(s) et, responsables légaux du ou des enfants inscrits sur cette fiche certifions sur l'honneur* :

- que cet ou ces enfant sont en capacité d'exercer toute activité physique et sportive qui pourrait être proposée sur les temps périscolaires (dans le cas inverse, vous devez impérativement fournir un certificat médical de contre-indication d'une pratique physique et sportive).

- avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services inscrits dans le guide unique périscolaire et nous engageons (enfants et parents) à les respecter.

- exacts les renseignements portés sur cette dernière et notamment les inscriptions aux temps périscolaires cochés dans l'article 2 de ce document.

Fait à, le / / 20....

Signatures :

(*remplir uniquement la partie qui vous correspond)