



# DOSSIER D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE

## DE BRAINS 2023-2024

ENFANT	
Identité	Photo (optionnel)
Nom : <input type="text"/>	
Prénom : <input type="text"/>	
Sexe :	
Date de naissance : <input type="text"/>	
Ecole Jules Verne <input type="checkbox"/>	
Ecole Sainte Anne <input type="checkbox"/>	
Classe (rentrée 2023) :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur : <input type="text"/>
Num de contrat : <input type="text"/>

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Profession : <input type="text"/>	Profession : <input type="text"/>
Situation familiale :	Situation familiale :
Type :	Type :
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Email : <input type="text"/>	Email : <input type="text"/>
Tél. : <input type="text"/>	Tél. : <input type="text"/>
Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
Tél. Pro. : <input type="text"/>	Tél. Pro. : <input type="text"/>
Numéro Allocataire : <input type="text"/>	Numéro Allocataire : <input type="text"/>
CAF <input type="checkbox"/>	CAF <input type="checkbox"/>
MSA <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>
En cas de séparation, merci de préciser votre organisation de garde alternée (ex : Semaine paire avec le père, et la garde commence le vendredi à 16h30 des semaines impaires)	
Semaine paire : <input type="text"/>	
Semaine impaire : <input type="text"/>	

**PERSONNES A CONTACTER (AUTRE QUE LES REPRESENTANTS LEGAUX)**

Contact		Contact	
Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Type :		Type :	
Tél. :	<input type="text"/>	Tél. :	<input type="text"/>
Portable :	<input type="text"/>	Portable :	<input type="text"/>
Appel en cas d'urgence :		Appel en cas d'urgence :	
Autorisé à récupérer l'enfant :		Autorisé à récupérer l'enfant :	

Contact		Contact	
Nom :	<input type="text"/>	Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Type :		Type :	
Tél. :	<input type="text"/>	Tél. :	<input type="text"/>
Portable :	<input type="text"/>	Portable :	<input type="text"/>
Appel en cas d'urgence :		Appel en cas d'urgence :	
Autorisé à récupérer l'enfant :		Autorisé à récupérer l'enfant :	

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Autorisations	Réponse
<b>Partir seul</b> : 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).	
<b>Prise de photo</b> : 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.	
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	
<b>Hospitalisation</b> : 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	

Appareillage	Réponse
<b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	
<b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	
<b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	

Handicap	Réponse
<b>Handicapé</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	

Données complémentaires	
Mon enfant est susceptible de prendre son petit-déjeuner à l'accueil périscolaire :	

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allergies	
En cas d'allergie, il est impératif de fournir un PAI	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pratiques alimentaires	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vaccin	Fait le
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)	<input type="text"/>
Hépatite A	<input type="text"/>
Hépatite B	<input type="text"/>
Méningocoque C	<input type="text"/>
Pneumocoque	<input type="text"/>
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	<input type="text"/>
Tuberculose (BCG)	<input type="text"/>
Autre :	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je soussigné(e)  ..... , responsable légal de NOM-Prénom de l'enfant  
 ...  ... :

- ✓ Autorise la commune et les services enfance/jeunesse à utiliser votre adresse mail pour vous communiquer des informations ?  
 OUI  NON
- ✓ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du service utilisé et en accepte les règles,
- ✓ Autorise les personnes encadrant le service utilisé à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgences médicales,
- ✓ Décharge la Mairie de toutes responsabilités en cas d'accident, de vol, qui pourraient survenir avant ou après la prise en charge effective des enfants par les personnels encadrants,
- ✓ M'engage à payer l'accueil périscolaire, la restauration et l'accueil de loisirs mensuellement à la Trésorerie de Saint Herblain ou par prélèvement, après réception de la facture établie par la Mairie de Brains.
- ✓ Je soussigné(e)  .., autorise la commune à consulter mon Quotient Familial sur le site de la CAF.

Date

Signature des parents

PIECES JUSTIFICATIVES	
Attestation CAF/MSA du Quotient Familial (sans justificatif, le tarif maximum sera appliqué) ou avis d'imposition si non allocataire	<input type="checkbox"/>
Attestation d'assurance responsabilité civile pour chaque enfant	<input type="checkbox"/>
IBAN-RIB (si vous souhaitez être en prélèvement automatique)	<input type="checkbox"/>