



DOSSIER D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE

DE BRAINS 2023-2024

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

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Assureur :	
Num de contrat :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale :	Situation familiale :
Type :	Type :
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :
Numéro Allocataire :	Numéro Allocataire :
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 :	
Semaine impaire :	

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

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

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES		
Autorisations	Réponse	
Partir seul : 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).	<input type="checkbox"/>	
Prise de photo : 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.	<input type="checkbox"/>	
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	<input type="checkbox"/>	
Hospitalisation : 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	<input type="checkbox"/>	

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

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

Données complémentaires	
Mon enfant est susceptible de prendre son petit-déjeuner à l'accueil périscolaire :	<input type="checkbox"/>

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies
En cas d'allergie, il est impératif de fournir un PAI

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le
Diphhtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)	
Hépatite A	
Hépatite B	
Méningocoque C	
Pneumocoque	
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	
Tuberculose (BCG)	
Autre :	

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

- ✓ 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) [REDACTED] .., autorise la commune à consulter mon Quotient Familial sur le site de la CAF.

Date [REDACTED]

Signature des parents [REDACTED]

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"/>