



DOSSIER D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE

DE BRAINS 2023-2024

ENFANT	
Identité	Photo (optionnel)
Nom :	
Prénom :	
Sexe : Choisissez un élément.	
Date de naissance :	
Ecole Jules Verne ☐	
Ecole Sainte Anne ☐	
Classe (rentrée 2023) : Choisissez un élément.	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num de contrat :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Situation familiale : Choisissez un élément.	Situation familiale : Choisissez un élément.
Type : Choisissez un élément.	Type : Choisissez un élément.
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :
Numéro Allocataire : CAF ☐ MSA ☐	Numéro Allocataire : CAF ☐ MSA ☐
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 :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Choisissez un élément.		Type : Choisissez un élément.	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	Choisissez un élément.	Appel en cas d'urgence :	Choisissez un élément.
Autorisé à récupérer l'enfant :	Choisissez un élément.	Autorisé à récupérer l'enfant :	Choisissez un élément.

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Choisissez un élément.		Type : Choisissez un élément.	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	Choisissez un élément.	Appel en cas d'urgence :	Choisissez un élément.
Autorisé à récupérer l'enfant :	Choisissez un élément.	Autorisé à récupérer l'enfant :	Choisissez un élément.

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).	Choisissez un élément.
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.	Choisissez un élément.
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	Choisissez un élément.
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	Choisissez un élément.

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	Choisissez un élément.
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	Choisissez un élément.
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	Choisissez un élément.

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	Choisissez un élément.

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

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

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

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	☐
Attestation d'assurance responsabilité civile pour chaque enfant	☐
IBAN-RIB (si vous souhaitez être en prélèvement automatique)	☐