



# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION ANNEE 2024-2025

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL : .....

NOM ET PRENOM DES ENFANTS .....

(1 ligne par enfant) .....

Ce dossier unique de demande d'inscription vous permet d'inscrire votre (vos) enfant(s) en une seule fois :

- au restaurant scolaire
- à l'accueil de loisirs périscolaire
- à l'accueil de loisirs mercredi
- à l'accueil de loisirs extrascolaire (vacances)
- aux études surveillées (CP au CM2)

**Le dossier d'inscription est à retourner dûment complété et accompagné des justificatifs demandés par courriel à [enfance@limas.fr](mailto:enfance@limas.fr) ou à l'accueil de Mairie avant le vendredi 14 juin 2024**

***Tout dossier incomplet ne pourra être traité***

## Coordonnées des structures

| Etablissement   | Coordonnées   |
|---|---|
| <b>Maison Enchantée 3-6 ans</b>                               | Courriel : <a href="mailto:maisonenchantee@limas.fr">maisonenchantee@limas.fr</a><br>Téléphone : 04.74.68.19.52 ou 06.61.53.42.22<br>Adresse : Rue Pierre Ponot 69400 LIMAS |
| <b>Les Explorateurs 6-12 ans</b>                              | Courriel : <a href="mailto:centreloisirs@limas.fr">centreloisirs@limas.fr</a><br>Téléphone : 04.74.68.89.03 ou 06.63.36.98.00<br>Adresse : Rue Pierre Ponot 69400 LIMAS     |
| <b>Restaurant scolaire (inscriptions)</b>                     | Courriel : <a href="mailto:enfance@limas.fr">enfance@limas.fr</a><br>Adresse : Rue Pierre Ponot 69400 Limas<br>Téléphone : 04.74.02.27.93                                   |
| <b>Ecole élémentaire Fernand Gayot<br/>Etudes surveillées</b> | Courriel : <a href="mailto:infirmierescolaire@limas.fr">infirmierescolaire@limas.fr</a>   |

**Les parents doivent obligatoirement joindre au dossier d'inscription les documents énumérés ci-dessous.**

- Justificatif de domicile de moins de trois mois
- Attestation d'assurance responsabilité civile 2024 / 2025
- Attestation d'assurance extra-scolaire 2024 / 2025 pour les périodes de vacances
- Photocopie du carnet de vaccinations
- En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif ou alterné
- Attestation CAF ou MSA portant le numéro d'allocataire : pour tous changements de situation (quotient familial qui diminue ou qui augmente) merci de nous en informer sur [enfance@limas.fr](mailto:enfance@limas.fr)
- RIB + Contrat daté et signé pour prélèvement automatique obligatoire (sauf si le prélèvement automatique est déjà mis en place)
- Attestation de travail des deux parents pour le périscolaire, les mercredis et périodes de vacances (un bulletin de salaire et un contrat de travail ne peuvent être admis au titre d'une attestation de travail)
- Coupon d'acceptation du règlement intérieur de l'ensemble des structures (Page 12)

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**Choix concernés : cocher la/les case(s) correspondant à votre besoin**

- Restaurant scolaire
  
- Maison enchantée périscolaire (3-6 ans)
- Maison enchantée mercredis (3-6 ans)
- Maison enchantée vacances (3-6 ans)
  
- Explorateurs périscolaire (6-12 ans)
- Explorateurs mercredis (6-12 ans)
- Explorateurs vacances (6-12 ans)
  
- Etudes surveillées (CP au CM2)

|               | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 |
|---------------|----------|----------|----------|
| <b>Nom</b>    |          |          |          |
| <b>Prénom</b> |          |          |          |

## Représentant légal 1

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité (père, mère.) : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Tél Fixe : ..... Tél mobile : ..... Tél professionnel : .....

Courriel : .....

Situation familiale :  Marié(e)  Pacsé(e)  En couple  Divorcé(e)  Séparé(e)  Garde alternée  Célibataire

**Régime** : Allocataire CAF (régime général)  Régime Spécial (MSA ou Autre)  Sans Régime

Nom et prénom de l'allocataire ..... N° allocataire : .....

## Représentant légal 2

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité (père, mère.) : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Tél Fixe : ..... Tél mobile : ..... Tél professionnel : .....

Courriel : .....

Situation familiale :  Marié(e)  Pacsé(e)  En couple  Divorcé(e)  Séparé(e)  Garde alternée  Célibataire

**Régime** : Allocataire CAF (régime général)  Régime Spécial (MSA ou Autre)  Sans Régime

Nom et prénom de l'allocataire ..... N° allocataire : .....

# FICHE D'INSCRIPTION

|                       | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| Nom                   |          |          |          |
| Prénom                |          |          |          |
| Date de Naissance     |          |          |          |
| Sexe                  |          |          |          |
| Niveau (Classe)       |          |          |          |
| Enseignant (si connu) |          |          |          |

Afin de faciliter vos démarches administratives, la Ville de Limas met à votre disposition le service en ligne « **Portail Famille** » il s'agit d'un espace personnel et sécurisé, accessible 24h/24 et 7jours/7, qui vous permet d'accéder à vos factures de restauration scolaire et d'accueils de loisirs.

**Utilisation obligatoire pour toutes demandes de réservation.**

Pour les nouveaux inscrits, l'administration municipale vous communiquera à **réception de votre dossier complet** votre « code famille » pour créer votre compte ainsi qu'un tutoriel qui vous permettra d'utiliser le portail famille.

## 1 - INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

Cochez la case correspondant à votre choix :

**Menu Classique**

**Menu sans Viande**

Le responsable légal doit effectuer dans **un délai de 3 jours ouvrés**, les réservations pour chacun des enfants inscrits en fonction de son besoin sur le Portail Famille accessible depuis le site internet [www.limas.fr](http://www.limas.fr).

Toute demande de réservation dans un délai de moins de 3 jours ouvrés devra être formulée par mail à [enfance@limas.fr](mailto:enfance@limas.fr) ou par courrier et sera soumise à l'accord des services municipaux. En cas d'accueil, **le repas sera facturé au tarif majoré.**

**Si PAI (Projet d'Accueil Individualisé) pour allergie alimentaire, le repas et les couverts (assiette, verre, fourchette, couteau, cuillère) doivent être fournis par les parents dans un contenant identifié aux nom et prénom de l'enfant.**

## 2 - INSCRIPTION ANNUELLE AUX ETUDES SURVEILLEES

|          | De 16h30 à 17h30  |
|----------|---|
|          | Jours à définir ultérieurement (inscription sur le portail famille) |
| Enfant 1 | <input type="checkbox"/>  |
| Enfant 2 | <input type="checkbox"/>  |
| Enfant 3 | <input type="checkbox"/>  |

**Inscription annuelle obligatoire.**

## 3 - INSCRIPTION PERISCOLAIRE / MERCREDIS / VACANCES

Le responsable légal doit réserver sur le portail famille accessible depuis le site internet [www.limas.fr](http://www.limas.fr), les jours de fréquentation, dans les délais précisés page 8 du règlement intérieur.

**Autorisation de l'enfant à partir seul de la structure - Ecole élémentaire uniquement**  
**À compléter impérativement**

|  | Enfant 1  | Enfant 2  | Enfant 3  |
|--|---|---|---|
| Nom  |   |   |   |
| Prénom                                     |   |   |   |
| Est autorisé à partir seul de la structure | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**Si l'enfant doit partir accompagné, personnes autorisées à prendre en charge le ou les enfants**

5 personnes maximum. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable à l'encadrement de la structure. L'enfant sera confié à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir le responsable de structure par téléphone en cas d'imprévu.

| Nom | Prénom | Téléphone Fixe | Téléphone Portable | Lien avec l'enfant | Nom, Prénom de l'enfant à prendre en charge |
|-----|--------|----------------|--------------------|--------------------|---|
|     |        |                |                    |                    |   |
|     |        |                |                    |                    |   |
|     |        |                |                    |                    |   |
|     |        |                |                    |                    |   |
|     |        |                |                    |                    |   |

**Compléter obligatoirement le portail famille avec cette information.**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

| Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 |
|----------|----------|----------|
| Nom :    | Nom :    | Nom :    |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

|  |  |  |
|--|--|--|
| L'enfant suit-il un traitement particulier ?<br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Si oui, lequel ?<br>.....<br><input type="checkbox"/> <b>Non</b> | L'enfant suit-il un traitement particulier ?<br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Si oui, lequel ?<br>.....<br><input type="checkbox"/> <b>Non</b> | L'enfant suit-il un traitement particulier ?<br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Si oui, lequel ?<br>.....<br><input type="checkbox"/> <b>Non</b> |
|--|--|--|

Aucun traitement ne sera administré sans ordonnance médicale récente et une demande signée par le représentant légal.

Les médicaments fournis par les parents doivent être dans leur emballage d'origine marqué du nom de l'enfant et avec la notice. Les parents doivent s'assurer de la validité du médicament et le remplacer si nécessaire.

|  |  |  |
|--|--|--|
| A-t-il un PAI<br>(Projet d'Accueil Individualisé) ?<br><br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> | A-t-il un PAI<br>(Projet d'Accueil Individualisé) ?<br><br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> | A-t-il un PAI<br>(Projet d'Accueil Individualisé) ?<br><br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> |
| A-t-il un PAI alimentaire<br><br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>                           | A-t-il un PAI alimentaire<br><br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>                           | A-t-il un PAI alimentaire<br><br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>                           |

Si PAI, prendre contact avec le responsable de structure.

|   |   |   |
|---|---|---|
| L'enfant est-il à jour de vaccinations ?<br><br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> | L'enfant est-il à jour de vaccinations ?<br><br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> | L'enfant est-il à jour de vaccinations ?<br><br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> |
|---|---|---|

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

|  |  |  |
|--|--|--|
| Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc. ?<br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Si oui, précisez<br>.....<br><input type="checkbox"/> <b>Non</b> | Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc. ?<br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Si oui, précisez<br>.....<br><input type="checkbox"/> <b>Non</b> | Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc. ?<br><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> Si oui, précisez<br>.....<br><input type="checkbox"/> <b>Non</b> |
|--|--|--|

### MEDECIN DE FAMILLE

|     |         |           |
|-----|---------|-----------|
| Nom | Adresse | Téléphone |
|-----|---------|-----------|

Le .....

Signature obligatoire :

Je soussigné(e), .....représentant légal du (des) enfant(s) :

|               | <b>Enfant 1</b> | <b>Enfant 2</b> | <b>Enfant 3</b> |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>Nom</b>    |                 |                 |                 |
| <b>Prénom</b> |                 |                 |                 |

- Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir les services de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...)
- Autorise mon ou mes enfants à participer aux diverses activités organisées par les structures municipales
- Autorise que mon enfant soit photographié afin d'illustrer des supports de communication et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon (mes) enfant(s) et cela à titre gratuit. Ces photographies ne font en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.
- Autorise mon enfant à être transporté en bus

**Modalités de paiement : Le prélèvement automatique est obligatoire, vous devez retourner le mandat de prélèvement SEPA qui vous sera transmis dès réception de votre dossier complet.**  
**Les inscriptions au restaurant scolaire et aux différentes prestations de garde seront possibles sur le portail famille à réception du dossier complet puis du mandat de prélèvement dûment complété et signé (sauf si le prélèvement automatique est déjà mis en place).**

Fait à .....Le .....

Signature