



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## SERVICE ENFANCE DE BRAINS 2024-2025

ENFANT	
Identité	Photo (optionnel)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Ecole Jules Verne <input type="checkbox"/>	
Ecole Sainte Anne <input type="checkbox"/>	
Classe (rentrée 2024) :	

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

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

**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).	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<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.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<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	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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

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

**Données complémentaires**

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

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)	
Hépatite A	
Hépatite B	
Méningocoque C	
Pneumocoque	
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	
Tuberculose (BCG)	
Autre : Cliquez ici pour taper du texte.	

**Je soussigné(e)** Cliquez ici pour taper du texte. ...., responsable légal de **NOM-Prénom** de l' enfant

...Cliquez ici pour taper du texte.... :

- ✓ 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) Cliquez ici pour taper du texte....., autorise la commune à consulter mon Quotient Familial sur le site de la CAF.

**Date** Cliquez ici pour entrer une date.

**Signature des parents** Cliquez ici pour taper du texte.

**PIECES JUSTIFICATIVES**

Attestation CAF/MSA du Quotient Familial ( <b>sans justificatif, le tarif maximum sera appliqué</b> ) 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"/>