

Fiche d'Inscription 2024 / 2025

Enfance / Jeunesse / Restauration

Photo

L'ENFANT

NOM* : Prénom* :

Sexe* : fille garçon

Date de Naissance* : / / Ecole* : Classe* :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* (pour tous les enfants) DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* (pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018)

Hépatite B Rougeole-Oreillons-Rubéole Méningocoque C
 Coqueluche Pneumocoque Haemophilus Influenzae type b (HIB)

ALLERGIES*

Asthme : oui non Alimentaire : oui non Médicamenteuse : oui non Autre : oui non

Précisez les conduites à tenir :

PAI* (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non Date de validité :

DIFFICULTES DE SANTE / RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS / REGIME PARTICULIER

NOM du médecin traitant* : Ville* :

RESPONSABLES LEGAUX

Garde alternée

Situation familiale* : Marié.e Pacsé.e Vie maritale Divorcé.e Séparé.e Veuf.ve Célibataire

Représentant n°1

NOM* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Lieu de naissance* :

Adresse* :

Code Postal* :

Ville* :

Profession :

Employeur :

☎ domicile : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

et/ou ☎ portable* : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

et/ou ☎ professionnel : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

✉ mail* :

Représentant n°2

NOM* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Lieu de naissance* :

Adresse* :

Code Postal* :

Ville* :

Profession :

Employeur :

☎ domicile : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

☎ et/ou portable* : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

☎ et/ou professionnel : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

✉ mail* :

Régime*

Régime Général CAF MSA Autre Régime

N° Allocataire CAF : N° Allocataire MSA : QF =



AUTORISATIONS PARENTALES*

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise mon enfant à quitter la structure d'accueil, accompagné de :

NOM Prénom	Qualité (beaux-parents, grands parents, ami.e, ...)	Téléphone	Autorisée à venir chercher l'enfant	À contacter en cas d'urgence
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		... / ... / ... / ... / ...	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorise / N'Autorise Pas mon.mes enfant.s à quitter seul.s l'Accueil de loisirs ou l'Espace Jeunes

Conditions particulières :

Autorise / N'Autorise Pas les allées et venues libres de mon enfant dans le cadre des animations jeunesse.

Autorise le personnel habilité à recueillir auprès d'API Particulier ou de la CAF les informations suivantes : adresse postale, quotient familial, nombre d'enfants à charge

Autorise / N'Autorise Pas mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure d'accueil et à utiliser les moyens de transports collectifs (cars, trains, ...)

Autorise / N'Autorise Pas que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités enfance/jeunesse qui se déroulent sur le territoire du Pays de Saint Gilles Croix de Vie et que leur image soit utilisée dans les supports d'information et de communication de la Communauté d'Agglomération, du CIAS du Pays de Saint Gilles Croix de Vie, des communes et des associations œuvrant en matière d'accueil enfance/jeunesse du Pays de Saint Gilles Croix de Vie.

Autorise / N'Autorise Pas que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités enfance/jeunesse qui se déroulent sur le territoire du Pays de Saint Gilles Croix de Vie et que leur image soit utilisée dans les réseaux sociaux de la Communauté d'Agglomération, du CIAS, des communes et des associations œuvrant en matière d'accueil enfance/jeunesse du Pays de Saint Gilles Croix de Vie.

Souhaite / Ne Souhaite Pas recevoir les factures par mail et les informations de la structure.

Déclare avoir pris connaissance du.des règlement.s de fonctionnement et s'engage à le.s respecter.

J'accepte que les informations recueillies sur ce formulaire soient enregistrées dans un fichier informatisé par le CIAS du Pays de Saint Gilles Croix de Vie et les communes du Pays de Saint Gilles Croix de Vie responsables des services proximité/enfance/scolaire/restauration/jeunesse pour l'inscription, le suivi et la facturation du service. (le refus d'acceptation rend impossible l'inscription)

En cas de difficultés liées à l'utilisation du Portail Famille, j'accepte que les services concernés se connectent à mon compte afin d'assurer l'assistance nécessaire à son bon fonctionnement.

Les données collectées sont conservées durant les 5 années qui suivent la clôture du dossier de l'enfant et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées du CIAS du Pays de Saint Gilles Croix de Vie et des communes du Pays de Saint Gilles Croix de Vie responsables des services enfance/scolaire/restauration/jeunesse afin d'assurer dans les meilleures conditions l'accueil scolaire, périscolaire et extrascolaire des enfants.

Les familles peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de leurs données personnelles auprès des services enfance/scolaire/restauration/jeunesse.

à,, le / /

Signature

COCHER LES SERVICES POUR VOUS INSCRIRE

L'Aiguillon sur Vie Brem sur Mer Brétignolles sur Mer
 Coëx Commequiers Le Fenouiller Givrand
 Saint Hilaire de Riez Saint Révérend

Accueil périscolaire Accueil de loisirs (Mer&Vac)

Restauration Espace Jeunes

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- ⇒ Livret de famille ou acte de naissance de l'enfant
- ⇒ Copie pages de vaccination du carnet de santé
- ⇒ Attestation CAF ou MSA
- ⇒ Assurance Responsabilité Civile
- ⇒ PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : si avis médical
- ⇒ Mandat SEPA + RIB : pour les règlements en prélèvement automatique

① à présenter : copie du jugement en cas de séparation ou attestation des parents

