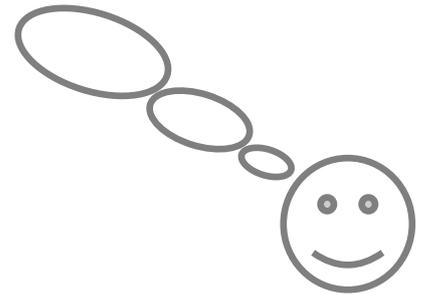




# ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

**Dossier complet  
à déposer en Mairie  
avant le  
SAMEDI 3 JUILLET 2021**



## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

FAMILLE : .....

ECOLE :             Jules Verne       Sainte-Anne       Autre

INSCRIPTION pour :       Accueil périscolaire  
    Restaurant scolaire  
    Accueil de Loisirs

## REPRESENTANTS LEGAUX

<b>PARENT 1</b>	<b>PARENT 2</b>
NOM.....	NOM.....
Prénom.....	Prénom.....
Adresse.....	Adresse .....
.....	.....
Domicile .....	Domicile .....
Portable.....	Portable.....
Travail .....	Travail .....
MAIL : .....	MAIL : .....
Quotient Familial : .....	Quotient Familial : .....
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF ou MSA, N°.....	<input type="checkbox"/> Allocataire CAF ou MSA, N°.....
<input type="checkbox"/> Non allocataire	<input type="checkbox"/> Non allocataire
<u>Mode de règlement</u>	<u>Mode de règlement</u>
<input type="checkbox"/> Chèque (à l'ordre de la Trésorerie de Vertou)	<input type="checkbox"/> Chèque (à l'ordre de la Trésorerie de Vertou)
<input type="checkbox"/> Chèques Césu APS	<input type="checkbox"/> Chèques Césu APS
<input type="checkbox"/> Chèques Césu ALSH (vacances scolaires)	<input type="checkbox"/> Chèques Césu ALSH (vacances scolaires)
<input type="checkbox"/> Chèques vacances ALSH (vacances scolaires)	<input type="checkbox"/> Chèques vacances ALSH (vacances scolaires)
<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique	<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique
Nom et n° d'assurance responsabilité civile :	Nom et n° d'assurance responsabilité civile :
.....	.....
<u>En cas de séparation, préciser la semaine de facturation</u>	
<input type="checkbox"/> Semaine paire	<input type="checkbox"/> Semaine paire
<input type="checkbox"/> Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Semaine impaire

## VOS ENFANTS (maternelle, primaire)

NOM	Prénom	Date de naissance	Classe (rentrée 2020)

Je soussigné(e) ....., responsable légal de  
NOM-Prénom de(s) (l') enfant(s) .....

- ✓ Autorise la commune et les services à utiliser les photos ou films où votre(vos) enfant(s) apparait(ssent) afin d'illustrer les supports d'information et de communication ?  OUI  NON
- ✓ 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 Vertou 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 A FOURNIR

- Attestation CAF 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
- Mandat de prélèvement SEPA + IBAN-RIB (uniquement en cas de première demande)



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021-2022

Accueil périscolaire - Restaurant scolaire - Accueil de loisirs

## VOS ENFANTS (maternelle, primaire)

NOM	Prénom	Date de naissance	École	Classe (rentrée 2021)

## REPRESENTANTS LEGAUX

### PARENT 1

Nom.....

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Domicile .....

Portable.....

Travail.....

Mail.....

Nom et d'assurance responsabilité civile :

### PARENT 2

Prénom.....

Adresse.....

Domicile.....

Portable.....

Travail.....

Mail.....

Nom et n° d'assurance responsabilité civile :

## INFORMATIONS DIVERSES

Vo(tre)s enfant(s) est(sont)-il(s) susceptible(s) de prendre son(leurs) petit-déjeuner à l'Accueil Périscolaire :  OUI  NON

Autorisez-vous la commune et les services à utiliser les photos ou films où votre(s) enfant(s) apparait(ssent) afin d'illustrer les supports d'information et de communication : ?  OUI  NON

Autorisez-vous la commune et les services enfance/jeunesse à utiliser votre adresse mail pour vous communiquer des informations ?  OUI  NON

## VACCINATIONS

Prénom : ..... Date dernier rappel REPEVAX (DT-POLIO) : .....  
Prénom : ..... Date dernier rappel REPEVAX (DT-POLIO) : .....  
Prénom : ..... Date dernier rappel REPEVAX (DT-POLIO) : .....

*Si votre(vos) enfant(s) n'a(ont) pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE(VOS) ENFANT(S)

Prénom : ..... Allergies :  Asthme  Alimentaire  Médicamenteuse  
 Autres.....P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)  OUI  NON  
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir .....

Prénom : ..... Allergies :  Asthme  Alimentaire  Médicamenteuse  
 Autres.....P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)  OUI  NON  
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir .....

Prénom : ..... Allergies :  Asthme  Alimentaire  Médicamenteuse  
 Autres.....P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)  OUI  NON  
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir .....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre(vos) enfant(s) port(ent)-t-il(s) des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...  
A(ont) t'il(s) des antécédents (maladies, opérations...) à connaître :

Prénom :  
.....

Prénom :  
.....

Prénom :  
.....

### Personnes autorisées à venir chercher votre(vos) enfants (autre que parents)

NOM	Prénom	Qualité (frère, oncle...)	Tél. fixe	Tél. portable

A

le

Signatures :