DOSSIER D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE DE BRAINS 2022-2023

|  |
| --- |
| **ENFANT** |
| **Identité** | **Photo** |
| **Nom :**Cliquez ici pour taper du texte. |  |
| **Prénom :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Sexe :** Choisissez un élément. |
| **Date de naissance :** Cliquez ici pour entrer une date. |
| **Ecole Jules Verne** [ ] **Ecole Sainte Anne** [ ]  |
| **Classe (rentrée 2022) :**Choisissez un élément. |

|  |
| --- |
| **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE** |
| **Assureur :**  |
| **Num :**  |

|  |
| --- |
| **RESPONSABLE LEGAL** |
| **Responsable 1** | **Responsable 2** |
| **Nom :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Nom :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prénom :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Prénom :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Profession :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Profession :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Situation familiale :** Choisissez un élément. | **Situation familiale :** Choisissez un élément. |
| **Type :** Choisissez un élément. | **Type :** Choisissez un élément. |
| **Adresse :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Adresse :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Email :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Email :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Tél. :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Tél. :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Portable :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Portable :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Tél. Pro. :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Tél. Pro. :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Numéro Allocataire :** Cliquez ici pour taper du texte.**CAF** [ ] **MSA** [ ]  | **Numéro Allocataire :** Cliquez ici pour taper du texte.**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 :** Cliquez ici pour taper du texte.**Semaine impaire :**Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **PERSONNES A CONTACTER** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contact** | **Contact** |
| **Nom :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Nom :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prénom :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Prénom :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Type :**Choisissez un élément. | **Type :** Choisissez un élément. |
| **Tél. :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Tél. :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Portable :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Portable :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **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 :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Nom :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prénom :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Prénom :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Type :** Choisissez un élément. | **Type :** Choisissez un élément. |
| **Tél. :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Tél. :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Portable :**Cliquez ici pour taper du texte. | **Portable :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **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 dâtée 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** |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Allergies****En cas d’allergie, il est impératif de fournir un PAI** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Pratiques alimentaires** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vaccin** | **Fait le** |
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Hépatite A | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Hépatite B | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Méningocoque C | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Pneumocoque | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Tuberculose (BCG) | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour entrer une date. |

**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 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) |[ ]