 **FICHE D'INSCRIPTION 2023-2024**

**Ecole :**

**Classe à la rentrée 2023/2024:**

**Date d’entrée à l’école :**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENFANT** | |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :** |
| **Sexe :** |
| **Naissance :** |
| **A :** |
| **Email :** |
| **Tel :** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSABLE LEGAL** | |
| **Responsable 1** | **Responsable 2** |
| **Nom :** | **Nom :** |
| **Prénom :** | **Prénom :** |
| **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) |
| **Adresse :** | **Adresse :** |
| **Email :** | **Email :** |
| **Tél. :** | **Tél. :** |
| **Portable :** | **Portable :** |
| **Tél. Pro. :** | **Tél. Pro. :** |

PERSONNES A CONTACTER

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nouveaux contacts si différents du responsable 1 ou 2** | | | |
| **Contact** | | **Contact** | |
| **Nom :** | | **Nom :** | |
| **Prénom :** | | **Prénom :** | |
| **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | | **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | |
| **Tél. :** | | **Tél. :** | |
| **Portable :** | | **Portable :** | |
| **Appel en cas d'urgence :** | OUI / NON | **Appel en cas d'urgence :** | OUI / NON |
| **Autorisé à récupérer l'enfant :** | OUI / NON | **Autorisé à récupérer l'enfant :** | OUI / NON |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contact** | | **Contact** | |
| **Nom :** | | **Nom :** | |
| **Prénom :** | | **Prénom :** | |
| **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | | **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | |
| **Tél. :** | | **Tél. :** | |
| **Portable :** | | **Portable :** | |
| **Appel en cas d'urgence :** | OUI / NON | **Appel en cas d'urgence :** | OUI / NON |
| **Autorisé à récupérer l'enfant :** | OUI / NON | **Autorisé à récupérer l'enfant :** | OUI / NON |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** | |
| **Autorisations** | **Réponse** |
| **Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul (à partir de 7 ans), ou accompagné d’un**  **mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec**  **cette fiche).** | OUI / NON |
| **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. | OUI / NON |
| **Sport :** Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure. | OUI / NON |
| **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 | OUI / NON |

|  |  |
| --- | --- |
| **Appareillage** | **Réponse** |
| **Lunettes :** Votre enfant a t-il besoin de porter des lunettes ? | OUI / NON |
| **Appareil dentaire :** Votre enfant a t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| **Appareil auditif :** Votre enfant a t-il besoin de porter un appareil auditif ? | OUI / NON |

|  |  |
| --- | --- |
| **Handicap** | **Réponse** |
| **Handicapé :** Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | OUI / NON |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informations médicales** | | |
| **Médecin** | **Téléphone** | **Spécialité** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contre-indication** | **Date de début** | | **Date de fin** | **Observation** |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

Une fois le service ouvert sur votre portail famille, faire vos demandes de réservation pour l’année scolaire ou par période.

Les services sont ouverts durant l’été.

En cas de besoin contacter la mairie déléguée afin que l’on vous guide dans la démarche a effectuée.

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

* **Copie des vaccins**
* **Attestation CAF ou MSA (quotient familial)**
* **Fiche sanitaire**
* **Attestation d'assurance**
* **Règlement de bonne conduite daté et signé**
* **Copie du livret de famille**
* **RIB (si vous souhaitez mettre en place un prélèvement automatique, un mandat de prélèvement devra être signé en mairie déléguée)**

**ATTESTATION**

Nous soussignés (\*)

Responsables légaux de l’enfant (\*)

* **certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,**
* **nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,**
* **certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l’intérêt à souscrire un contrat d’assurance de personnes couvrant les dommages corporels,**
* **autorisons le responsable de la structure, en cas d’incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,**
* **attestons sur l’honneur être titulaires de l’autorité parentale et certifions sur l’honneur les renseignements portés par ce formulaire.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Responsable 1 (\*)** | | **Responsable 2** | |
| **Fait à :** |  | **Fait à :** |  |
| **Date :** |  | **Date :** |  |
| **Signature :** |  | **Signature :** |  |

\* A remplir obligatoirement

**Coupon réponse**

**Ouverture de services sur votre Portail Famille**

*L’ouverture vous permet de faire ensuite vos demandes de réservations sur le portail famille*

Garderie Matin O OUI O NON

Garderie Soir O OUI O NON

Restauration Scolaire O OUI O NON

Accueil de Loisirs O OUI O NON

Garderie Accueil de Loisirs Matin O Vergonnes O Bel- Air O Pouancé

Garderie Accueil de Loisirs Soir O Vergonnes O Bel- Air O Pouancé

Multi Act O Matin O Journée O Après midi