

DOSSIER D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE JEUNESSE ET VIE
SCOLAIRE

À compléter et à remettre au Service Enfance Jeunesse.

MULTI-ACCUEIL
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE
ACCUEIL DE LOISIRS
ESP'ADO
RESTAURATION SCOLAIRE

Identité de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu :

Garçon

Fille



Joindre au dossier :

Attestation d'assurance responsabilité civile,

Photocopie des vaccins de l'enfant

Photocopie de(s) avis d'imposition(s) (pour les familles non allocataire CAF)

Copie intégrale du livret de famille ou extrait intégrale d'acte de naissance

Si vous opter pour le prélèvement automatique :

Autorisation de prélèvement automatique du dossier famille (remplir les 2 parties)

Relevé d'identité bancaire original mentionnant N°BIC et IBAN

Médecin de Famille :

Adresse :



.....

Problèmes particuliers de santé :

ÉCOLE FRÉQUENTÉE (pour l'accueil périscolaire)

Fifendes :

Maternelle

Élémentaire

Ste Marie :

Maternelle

Élémentaire

Autorisations et décharges parentales

Nous, soussignés,,
déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons
à le respecter. Aussi, nous acceptons que les informations saisies dans le logiciel
soient exploitées par les services de la Maison de l'Enfance.

Autorisations :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autorisons | le personnel à sortir notre enfant de l'enceinte de l'établissement pour de sorties |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | en groupe. |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | le personnel à photographier ou filmer notre enfant, dans le cadre des activités et |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | des sorties proposées par la Maison de l'Enfance et lors des publications
municipales. |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | la direction à consulter et à conserver notre dossier allocataire via Cdap (afin de |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | calculer les tarifs). |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | le personnel à administrer à notre enfant, les éventuelles médications prescrites |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance. |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | notre enfant. (Hospitalisation, SAMU, Pompiers). |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | notre enfant à quitter seul la Maison de l'Enfance. |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | le personnel à transporter ou faire transporter notre enfant dans les véhicules de |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | la Maison de l'Enfance, dans le cadre des sorties en groupe. |

Fait à La Chapelle des Marais, le

Directrice du service,



Les parents ou
responsables légaux,
(Noms, prénoms et signatures).