



Dossier unique d'inscription

Commune déléguée de Châtellais
Ecole Les Prés Verts

Le dossier unique d'inscription vous permet de faciliter vos démarches administratives en inscrivant votre ou vos enfants aux différents temps d'accueils proposés par le service scolaire, le service enfance jeunesse de la commune de Segré-en-Anjou Bleu et le Foyer Laïque d'Education Permanente de la commune déléguée de Noyant La Gravoyère en un seul dossier, à savoir, l'accueil périscolaire du matin et du soir, la restauration scolaire du midi, les Temps d'Activités Péri-Educatifs (TAP), l'accueil de loisirs du Mercredi Après-midi, des petites et grandes vacances.

Pour toute participation de votre ou vos enfants à une activité péri et/ou extra scolaire proposée par la commune de Segré en Anjou Bleu et/ou par le Foyer Laïque d'Education Permanente de la commune déléguée de Noyant la Gravoyère, **une inscription est obligatoire.**

Cette démarche d'inscription est fortement conseillée pour l'ensemble des familles, car **en cas de besoin imprévu**, elle nous permettra de prendre en charge votre enfant dans les meilleures conditions.

Le règlement intérieur des différentes activités proposées sont disponibles sur le site www.segreenanjoubleu.fr

PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR (obligatoire)

Ce dossier complété et dûment signé accompagné :

- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- Jugement de garde alternée ou exclusive s'il y a lieu
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle d'accident pour l'année scolaire 2018/2019
- Numéro d'allocataire CAF ou MSA + attestation quotient familial

Pour le règlement par prélèvement bancaire :

- Fiche de demande de prélèvement automatique et RIB

Cette fiche est disponible sur le site internet et dans les mairies des communes déléguées.

Le dossier d'inscription est à déposer à la mairie de votre commune déléguée de résidence avant le 22/06/2018.

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter les services concernés :

Service Enfance Jeunesse (Accueil Périscolaire)

ARC EN CIEL au 02 41 92 17 94 / arcenciel@segreenanjoubleu.fr

Le Foyer Laïque d'Education Permanente (Accueil de loisirs et TAP)

Au 02 85 52 08 52 / secretariat@flepnoyant.fr

Service Affaires Scolaires (Restauration Scolaire)

Mairie déléguée de Nyoiseau au 02 41 92 26 65 / scolairepoleouest@segreenanjoubleu.fr

FICHE FAMILLE (une par foyer)

RESPONSABLES LEGAUX

Père Mère Autre

NOM : _____

PRENOM : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune déléguée de : _____

☎ domicile : _____

☎ portable : _____

@ email : _____

Régime Allocataire : CAF MSA

N° Allocataire obligatoire : _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Veuf (ve)

Divorcé (e) Séparé Concubin

Autorité parentale :

Oui Non

Nom et adresse de l'employeur : _____

Profession : _____

☎ professionnel : _____

Si adresse de facturation différente, merci de le préciser : _____

Père Mère Autre

NOM : _____

PRENOM : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune déléguée de : _____

☎ domicile : _____

☎ portable : _____

@ email : _____

Régime Allocataire : CAF MSA

N° Allocataire obligatoire : _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Veuf (ve)

Divorcé (e) Séparé Concubin

Autorité parentale :

Oui Non

Nom et adresse de l'employeur : _____

Profession : _____

☎ professionnel : _____

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) responsable légal de(s) l'enfant(s)
..... :

- ✓ Atteste que tous les renseignements fournis sur ce présent document sont exacts.
- ✓ Certifie que mon (mes) enfant(s) est (sont) à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- ✓ Autorise la commune de Segré en Anjou Bleu et le FLEP à utiliser le site CDAP afin de consulter mon quotient familial. Oui Non
- ✓ M'engage à faire notifier toute modification de données concernant ma situation ou celle(s) de mon (mes) enfant(s) auprès du Service Scolaire, du Service Enfance Jeunesse et du Foyer Laïque d'Education Permanente de la commune déléguée de Noyant La Gravoyère ainsi que pour tout changement ou absence de mon (mes) enfant(s).
- ✓ Autorise mon (mes) enfant(s) à pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre du restaurant scolaire, de l'accueil périscolaire et extrascolaire et des Temps d'Activités Péri-Educatifs (TAP).
- ✓ Autorise les prises de vues et l'utilisation des images de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités par la commune de Segré en Anjou Bleu et le FLEP pour des publications municipales (site internet, bulletin municipal,..) et pour la presse. Oui Non
- ✓ J'autorise les responsables des activités à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'urgence et/ou médicale de mon (mes) enfant(s).
- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs en vigueur (disponible sur le site internet www.segreenanjoubleu.fr).

Fait à : _____ Le : _____

Signature(s) :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A RECUPERER VOS ENFANTS

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

FICHE ENFANT 1

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ Sexe : M F

Classe à la rentrée de Septembre 2018 : _____ Ecole : _____

L'enfant fait l'objet d'une garde alternée : Oui Non **(si oui, fournir le jugement de garde)**

Repas spéciaux : Oui Non Lequel : _____

Régime alimentaire : Oui Non Lequel : _____

L'enfant a-t-il des allergies : médicamenteuses Oui Non Alimentaires Oui Non

Si oui, lesquelles : _____ Autres : _____

L'enfant a-t-il de l'asthme : Oui Non

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place avec le médecin scolaire : Oui Non

(Si oui, merci de nous transmettre ce document)

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il des problèmes de santé : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant est-il sous traitement : Oui Non Si oui, lequel : _____

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

J'autorise mon enfant à rentrer seul : *(Uniquement pour les enfants âgés de 6 ans révolus)*

Oui Non

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

Accueil Périscolaire Oui Non Occasionnel

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

INSCRIPTION AUX TAP

Oui Non

INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS du Foyer Laïque (FLEP)

Oui Non **Attention l'inscription ne vaut pas réservation**

Réservation des Mercredis et Vacances Scolaires selon les places disponibles à l'accueil de loisirs.

Date : ___/___/_____

Signatures des représentants légaux :

FICHE ENFANT 2

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Sexe : M F

Classe à la rentrée de Septembre 2018 : _____ Ecole : _____

L'enfant fait l'objet d'une garde alternée : Oui Non **(si oui, fournir le jugement de garde)**

Repas spéciaux : Oui Non Lequel : _____

Régime alimentaire : Oui Non Lequel : _____

L'enfant a-t-il des allergies : médicamenteuses Oui Non Alimentaires Oui Non

Si oui, lesquelles : _____ Autres : _____

L'enfant a-t-il de l'asthme : Oui Non

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place avec le médecin scolaire : Oui Non

(Si oui, merci de nous transmettre ce document)

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il des problèmes de santé : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant est-il sous traitement : Oui Non Si oui, lequel : _____

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

J'autorise mon enfant à rentrer seul : *(Uniquement pour les enfants âgés de 6 ans révolus)*

Oui Non

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

Accueil Périscolaire Oui Non Occasionnel

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

INSCRIPTION AUX TAP

Oui Non

INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS du Foyer Laïque (FLEP)

Oui Non **Attention l'inscription ne vaut pas réservation**

Réservation des Mercredis et Vacances Scolaires selon les places disponibles à l'accueil de loisirs.

Date : __/__/____

Signatures des représentants légaux :

FICHE ENFANT 3

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Sexe : M F

Classe à la rentrée de Septembre 2018 : _____ Ecole : _____

L'enfant fait l'objet d'une garde alternée : Oui Non **(si oui, fournir le jugement de garde)**

Repas spéciaux : Oui Non Lequel : _____

Régime alimentaire : Oui Non Lequel : _____

L'enfant a-t-il des allergies : médicamenteuses Oui Non Alimentaires Oui Non

Si oui, lesquelles : _____ Autres : _____

L'enfant a-t-il de l'asthme : Oui Non

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place avec le médecin scolaire : Oui Non

(Si oui, merci de nous transmettre ce document)

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il des problèmes de santé : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant est-il sous traitement : Oui Non Si oui, lequel : _____

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

J'autorise mon enfant à rentrer seul : *(Uniquement pour les enfants âgés de 6 ans révolus)*

Oui Non

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

Accueil Périscolaire Oui Non Occasionnel

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

INSCRIPTION AUX TAP

Oui Non

INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS du Foyer Laïque (FLEP)

Oui Non **Attention l'inscription ne vaut pas réservation**

Réservation des Mercredis et Vacances Scolaires selon les places disponibles à l'accueil de loisirs.

Date : __/__/____

Signatures des représentants légaux :

FICHE ENFANT 4

NOM de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Sexe : M F

Classe à la rentrée de Septembre 2018 : _____ Ecole : _____

L'enfant fait l'objet d'une garde alternée : Oui Non **(si oui, fournir le jugement de garde)**

Repas spéciaux : Oui Non Lequel : _____

Régime alimentaire : Oui Non Lequel : _____

L'enfant a-t-il des allergies : médicamenteuses Oui Non Alimentaires Oui Non

Si oui, lesquelles : _____ Autres : _____

L'enfant a-t-il de l'asthme : Oui Non

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été mis en place avec le médecin scolaire : Oui Non

(Si oui, merci de nous transmettre ce document)

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant a-t-il des problèmes de santé : Oui Non

Si oui, précisez : _____

L'enfant est-il sous traitement : Oui Non Si oui, lequel : _____

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

J'autorise mon enfant à rentrer seul : *(Uniquement pour les enfants âgés de 6 ans révolus)*

Oui Non

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

Accueil Périscolaire Oui Non Occasionnel

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

INSCRIPTION AUX TAP

Oui Non

INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS du Foyer Laïque (FLEP)

Oui Non **Attention l'inscription ne vaut pas réservation**

Réservation des Mercredis et Vacances Scolaires selon les places disponibles à l'accueil de loisirs.

Date : __/__/____

Signatures des représentants légaux :