



Accueil de loisirs

Pôle Centre et Est

Dossier d'inscription : Année 2018 / 2019

Pour toute participation à l'accueil de loisirs, **une inscription est obligatoire.**

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
L'accueil de loisirs de votre Pôle de rattachement**

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter le service concerné :

Accueil de Loisirs du Pôle Centre et EST

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

Grain de Soleil Pôle Saint Martin du Bois / 02 41 92 54 26 / arcenciel@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 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 Enfance Jeunesse, 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 de l'accueil de loisirs.
- ✓ 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 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 DE LOISIRS Arc en Ciel POLE CENTRE

Oui Non

Attention l'inscription ne vaut pas réservation

Réservation des Mercredis et Vacances Scolaires selon les places disponibles à l'accueil de loisirs ou via le portail famille. Planning des réservations sur le site internet.

INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS Grain de Soleil SAINT MARTIN DU BOIS POLE EST

Oui Non

Attention l'inscription ne vaut pas réservation

Réservation des Mercredis et Vacances Scolaires selon les places disponibles à l'accueil de loisirs ou via le portail famille. Planning des réservations sur le site internet.

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 DE LOISIRS Arc en Ciel POLE CENTRE

Oui Non

Attention l'inscription ne vaut pas réservation

Réservation des Mercredis et Vacances Scolaires selon les places disponibles à l'accueil de loisirs ou via le portail famille. Planning des réservations sur le site internet.

INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS Grain de Soleil SAINT MARTIN DU BOIS POLE EST

Oui Non

Attention l'inscription ne vaut pas réservation

Réservation des Mercredis et Vacances Scolaires selon les places disponibles à l'accueil de loisirs ou via le portail famille. Planning des réservations sur le site internet.

Date : __/__/____

Signatures des représentants légaux :