



## Accueil de loisirs

### Pôle Centre et Est

## Dossier d'inscription : Année 2022 / 2023

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

### **PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR (obligatoire)**

Ce dossier complété et dûment signé, doit être 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 (légalisation obligatoire)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle d'accident pour l'année scolaire 2021/2022
- Numéro d'allocataire CAF ou MSA + attestation quotient familial **obligatoire pour le calcul tarifaire**

Pour le règlement par prélèvement bancaire (si modification bancaire ou nouvelle inscription) :

- Fiche de demande de prélèvement automatique et RIB **obligatoire pour la prise en compte du prélèvement**  
*Ce type de règlement ainsi que le règlement sur le Portail Famille sont à privilégier.*

**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](mailto:arcenciel@segreenanjoubleu.fr)

Grain de Soleil Pôle Saint Martin du Bois / 02 41 92 54 26 / [arcenciel@segreenanjoubleu.fr](mailto: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 : \_\_\_\_\_

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

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

### 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 vérifier 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](http://www.segreenanjoubleu.fr)).

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature(s) :

## FICHE ENFANT 1

NOM de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe :  M  F

Classe à la rentrée de Septembre 2022 : \_\_\_\_\_ Ecole : \_\_\_\_\_

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

### ALLERGIES

Alimentaires  Asthme

Médicamenteuses  Autres

Causes de l'allergie et conduite à tenir :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 est-il sous traitement :  Oui  Non

Si oui, lequel :  
\_\_\_\_\_

### SANTE

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :  
\_\_\_\_\_

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

### REGIME ALIMENTAIRE

Régime alimentaire :  Oui  Non

Si oui, lequel :  
\_\_\_\_\_

## Autorisation de SORTIE

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

## 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 2022 : \_\_\_\_\_ Ecole : \_\_\_\_\_

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

### ALLERGIES

Alimentaires  Asthme

Médicamenteuses  Autres

Causes de l'allergie et conduite à tenir :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 est-il sous traitement :  Oui  Non

Si oui, lequel :

\_\_\_\_\_

### SANTE

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

\_\_\_\_\_

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

### REGIME ALIMENTAIRE

Régime alimentaire :  Oui  Non

Si oui, lequel :

\_\_\_\_\_

## Autorisation de SORTIE

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

## 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 :