

Dossier d'inscription 2019-2020

Structures Enfance municipales (première inscription)



Tous les champs ci-dessous doivent être renseignés pour valider l'inscription

Nom du responsable : _____
Adresse : _____ Commune : _____
N° allocataire CAF : _____ Quotient familial : _____ (à défaut, dernière déclaration d'impôts)
Adresse mail : _____ ☎ : _____

INSCRIPTION(S)

Nom de l'enfant : _____

Scolarité 2019-2020

Marcel Canonnet Saint Joseph Autre établissement
 Maternelle Élémentaire Niveau : _____

Restaurant scolaire

OUI NON

Responsable : Isabelle CORMERAIS
restaurant-scolaire@chateau-thebaud.fr
02 28 21 34 65

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »
 Occasionnel
PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) NON OUI (doit être obligatoirement transmis)
Régime alimentaire particulier : _____

Accueil périscolaire (APS)

OUI NON

Directrice : Annick GRELET
periscolaire@chateau-thebaud.fr
02 28 21 34 66

APS MATIN (7h30-8h45)
 Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »
 Occasionnel

APS SOIR (16h15-18h45)
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi
Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »
 Occasionnel

Accueil de loisirs 3-12 ans

OUI NON

Directeur: Aurélien LEGRAND
alsh@chateau-thebaud.fr
02 85 29 17 57

Enfant scolarisé sur la commune (semaine de 4 jours et demi)
 Mercredi scolaire 1/2j avec repas (*ne pas inscrire votre enfant au restaurant scolaire*)
 Vacances scolaires

Enfant non scolarisé sur la commune (semaine de 4 jours)
 Mercredi matin 1/2j avec repas (7h30-13h45)
 Mercredi après-midi 1/2j avec repas (12h30-18h30)
 Mercredi journée complète avec repas (7h30-18h30)
 Vacances scolaires

Ce document doit être rempli en totalité (recto/verso) et transmis avant le 19 juillet 2019 à :

✉ enfance-jeunesse@chateau-thebaud.fr

ou déposé directement au Pôle Enfance (8, rue du Prieuré / 02 85 29 17 56)

Vous devrez y joindre : Attestation CAF de moins de 3 mois Attestation d'assurance scolaire

Une fois votre inscription traitée, nous vous recontacterons afin de vous transmettre votre n°d'abonné nécessaire à la création de votre espace personnel du portail famille (www.chateau-thebaud.fr). Il vous permettra de gérer les réservations de votre enfant, de consulter et régler vos factures en ligne et de mettre à jour vos données personnelles.

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures (disponible sur www.chateau-thebaud.fr)
- J'autorise le Régisseur Enfance Jeunesse Restauration à accéder à mon dossier CAF pour consultation et mise à jour de mon quotient familial.

Fait le : ____ / ____ / ____

Signature :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Garçon Fille

Responsable de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

☎ (en cas d'urgence) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

☎ père : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

☎ mère : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Vaccinations (cf carnet de santé) :

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date du dernier rappel
DT polio	____ / ____ / ____	ROR	____ / ____ / ____
Ou Tétracoq	____ / ____ / ____	BCG	____ / ____ / ____
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication		Autre (préciser)	____ / ____ / ____

Renseignements médicaux : Nom du médecin traitant _____

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballages d'origine, notice et nom de l'enfant sur la boîte).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

Allergies : Asthme OUI NON Alimentaire OUI NON Médicamenteuse OUI NON

Autre _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Difficultés de santé?

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les **précautions à prendre**)

Recommandations utiles des parents (lunettes, lentilles, prothèse dentaire ou auditive... merci de préciser)

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Droit à l'image OUI NON

Autorisation de photographier l'enfant, dans le cadre des activités proposées par les structures de loisirs ,et éventuellement de diffuser ces photos (journaux, bulletin municipal, site internet municipal...)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable de la structure d'accueil à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Château-Thébaud pour le service Enfance jeunesse municipal. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service Enfance Jeunesse municipal (8 rue du prieuré - 44690 - Château-Thébaud - 02 85 29 17 56).

Date : ____ / ____ / ____

Signature :