

Dossier d'inscription 2025-2026

Structures Enfance municipales



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

Nom du responsable 1 :	☐ M. ou ☐ Mme	Lien de parenté avec l'enfant :
N° CAF :	QF :	€ né(e) le : / /
Adresse :	Commune :	N° département :
Adresse mail :	☎ :	

Nom du responsable 2 :	☐ M. ou ☐ Mme	Lien de parenté avec l'enfant :
Adresse :	Commune :	
Adresse mail :	☎ :	

INSCRIPTION(S)	Nom de l'enfant :
Année 2025-2026	☐ 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 <i>Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »</i> ☐ Occasionnel PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ☐ NON ☐ OUI (doit être obligatoirement transmis) Régime alimentaire particulier :
Accueil périscolaire (APS) ☐ OUI ☐ NON Direction : Annick GRELET periscolaire@chateau-thebaud.fr 02 28 21 34 66	APS MATIN (7h30-8h45) ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi <i>Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »</i> ☐ Occasionnel APS SOIR (16h15-18h45) ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi <i>Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »</i> ☐ Occasionnel
Accueil de loisirs 3-12 ans (ALSH) Direction : Mélanie ROUSSEAU enfance@chateau-thebaud.fr 02 85 29 17 57	Enfant scolarisé sur la commune (semaine de 4 jours et demi) <i>Vous devrez procéder à vos demandes de réservations depuis votre portail Famille (vos identifiants vous seront transmis après réception de ce document) ou avec le document prévu (PDF sur le site de la municipalité ou papier à l'accueil du Pôle Enfance)</i> - Mercredi après-midi repas inclus (ne pas réserver le restaurant scolaire) - Vacances scolaire (dates d'ouverture disponibles sur le règlement intérieur de la structure) Enfant non scolarisé sur la commune (semaine de 4 jours) - Mercredi matin repas inclus - Mercredi journée complète repas inclus - Mercredi après-midi repas inclus - Vacances scolaire (dates d'ouverture disponibles sur le règlement intérieur de la structure)

Ce document doit être rempli en totalité (recto/verso) et transmis dans les meilleurs délais à :
☛ direction-famille@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

☐ M. ☐ Mme Nom : _____

Prénom : _____

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

Vaccinations (cf carnet de santé) : **tous les vaccins ci-dessous sont obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018**

Vaccins	Date du dernier rappel	Vaccins	Date du dernier rappel
DTPCH (obligatoire pour tous)	____ / ____ / ____	ROR	____ / ____ / ____
Hépatite B	____ / ____ / ____	Méningocoque C	____ / ____ / ____
Pneumocoque	____ / ____ / ____	Autre :	____ / ____ / ____

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

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 (autres que les responsables) **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 Famille.
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 Famille de la commune (8 rue du prieuré - 44690 - Château-Thébaud - 02 85 29 17 56).

Fait le : ____ / ____ / ____

Signature :