

Dossier d'inscription 2026-2027

Structures Enfance municipales



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

Nom du responsable 1 : <input type="checkbox"/> M. ou <input type="checkbox"/> Mme	Lien de parenté avec l'enfant :
N° CAF : _____	Quotient Familial (si connu) : _____ €
né(e) le : ____ / ____ / ____	Ville de naissance : _____ N°département : _____ Nom de naissance : _____
Adresse : _____	Commune : _____
Adresse mail : _____	☎ : _____

Nom du responsable 2 : <input type="checkbox"/> M. ou <input type="checkbox"/> Mme	Lien de parenté avec l'enfant :
Né(e) le : ____ / ____ / ____	Ville de naissance : _____ N°département : _____ Nom de naissance : _____
Adresse : _____	Commune : _____
Adresse mail : _____	☎ : _____

INSCRIPTION(S)	Nom de l'enfant : _____
Année 2026-2027	<input type="checkbox"/> Marcel Canonnet <input type="checkbox"/> Saint Joseph <input type="checkbox"/> Autre établissement <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Élémentaire Niveau : _____
Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Responsable : Isabelle CORMERAIS restaurant-scolaire@chateau-thebaud.fr 02 28 21 34 65	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <i>Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »</i> <input type="checkbox"/> Occasionnel PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (doit être obligatoirement transmis) Régime alimentaire particulier : _____
Accueil périscolaire (APS) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Direction : Annick GRELET periscolaire@chateau-thebaud.fr 02 28 21 34 66	APS MATIN (7h30-8h45) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <i>Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »</i> <input type="checkbox"/> Occasionnel
	APS SOIR (16h15-18h45) <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <i>Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »</i> <input type="checkbox"/> 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> <ul style="list-style-type: none">- 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) <ul style="list-style-type: none">- 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 un lien d'activation 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 :