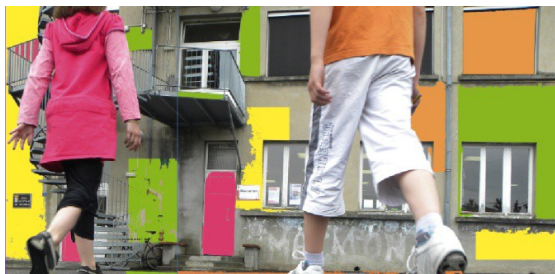


## ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS MACARON - BRIMBELLE



**UN DOSSIER PAR FAMILLE POUR L'ENSEMBLE DES DEMANDES D'INSCRIPTIONS.  
IL EST A REMETTRE EN MAIN PROPRE AUX RESPONSABLES DES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS.**

**Dossier à compléter et à déposer en structure obligatoirement pour l'enfant  
scolarisé en maternelle**

### DEMANDE D'INSCRIPTION<sup>(1)</sup>

NOM : _____	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs-périscolaire-restauration
Prénom : _____	<input type="checkbox"/> Transport scolaire
Date de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Enfant scolarisé en maternelle
École : _____ Classe : _____	<i>Régime alimentaire particulier</i> : _____
NOM : _____	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs-périscolaire-restauration
Prénom : _____	<input type="checkbox"/> Transport scolaire
Date de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Enfant scolarisé en maternelle
École : _____ Classe : _____	<i>Régime alimentaire particulier</i> : _____
NOM : _____	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs-périscolaire-restauration
Prénom : _____	<input type="checkbox"/> Transport scolaire
Date de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Enfant scolarisé en maternelle
École : _____ Classe : _____	<i>Régime alimentaire particulier</i> : _____
NOM : _____	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs-périscolaire-restauration
Prénom : _____	<input type="checkbox"/> Transport scolaire
Date de naissance : _____	<input type="checkbox"/> Enfant scolarisé en maternelle
École : _____ Classe : _____	<i>Régime alimentaire particulier</i> : _____

(1) Cochez la(les) case(s) correspondant à vos besoins pour chaque enfant.

# COMPOSITION DU FOYER

## Situation familiale

Vous vivez en couple :     Mariés             Pacsés             Union libre  
Vous vivez seul :         Séparé(e)         Divorcé(e)         Veuf(ve)     Célibataire  
Autorité parentale :     Conjointe         Père                 Mère                 Tuteur

## Responsable(s) des enfants

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse complète : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /    Portable : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Caisse d'allocations :     C.A.F     M.S.A    N° allocataire : \_\_\_\_\_  
 Autres précisez : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /    Ligne directe : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse complète (si différente) : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /    Portable : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Caisse d'allocations :     C.A.F     M.S.A    N° allocataire : \_\_\_\_\_  
 Autres précisez : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /    Ligne directe : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

# INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

## Médecin traitant

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

## Autorisations parentales

Personnes **majeures** autorisées à venir chercher le(s) enfant(s) (sur présentation d'une pièce d'identité) :

Nom	Prénom	Parenté (grand-mère, voisin ...)	Téléphone

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Père, Mère, Tuteur <sup>(1)</sup>

- Autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à faire appel à un médecin de garde ou à un autre médecin, en cas d'indisponibilité de notre médecin traitant, et aux services médicaux d'urgence si l'état de nos enfants le justifie.

- Autorise toute intervention chirurgicale, traitement médical d'urgence, ou anesthésie sur la personne de nos enfants, si la gravité de leurs états le justifie.

- Autorise mes enfants à participer aux activités de l'établissement sous la responsabilité du personnel encadrant et à emprunter un bus ou minibus pour participer aux sorties organisées par l'établissement.

- Autorise le personnel communal à photographier ou à filmer mes enfants dans le cadre des activités de l'accueil collectif de mineurs et à utiliser leur image à des fins de communication (site internet et page facebook de la commune, blog des ACM, journal communal, plaquettes d'informations communales)<sup>(2)</sup>.

- Autorise mon(mes) enfant(s) <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ à sortir seul(s) de l'accueil de loisirs et / ou du périscolaire à partir de \_\_\_ h \_\_\_\_.

- Reconnaît avoir pris connaissance du règlement,

Accueil Collectif de Mineurs    Transport scolaire    Règlement spécifique maternelle et m'engage à le(s) respecter.

**J'atteste sur l'honneur l'authenticité des renseignements ci-dessus, et m'engage à signaler tout changement significatif dans ma situation dans les plus brefs délais.**

Date :

Signature : \_\_\_\_\_

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) Rayer en cas de désaccord

(3) Seulement pour les enfants de 6 ans et +

## DOCUMENTS A JOINDRE

Pour l'inscription	Accueil de Loisirs Périscolaire Restauration Transport scolaire	Enfant scolarisé en maternelle
Le présent dossier complété, daté et signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche sanitaire de liaison (imprimé ci-joint / une fiche par enfant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie des vaccinations des enfants <b>à jour</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de responsabilité civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie du jugement pour les parents divorcés/séparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planning de présence	<input type="checkbox"/>	

**Les inscriptions seront enregistrées dans l'ordre d'arrivée des demandes et prises en compte en fonction du nombre de places disponibles** selon les dispositions du règlement intérieur validé par le Conseil Municipal et la CAF pour nos accueils de loisirs et périscolaires.

Pour la facturation 2019	Accueil de Loisirs - Périscolaire Restauration
Photocopie de votre avis d'impôt 2018 sur les revenus de 2017	<input type="checkbox"/>
Photocopie de l'attestation aides aux temps libres 2019 (CAF)	<input type="checkbox"/>
Pour la facturation 2020	Accueil de Loisirs - Périscolaire Restauration
Photocopie de votre avis d'impôt 2019 sur les revenus de 2018	<input type="checkbox"/>
Photocopie de l'attestation aides aux temps libres 2020 (CAF)	<input type="checkbox"/>
Pour le règlement par mandat de prélèvement SEPA	Accueil de Loisirs - Périscolaire Restauration
Règlement financier complété, daté et signé (imprimé ci-joint)	<input type="checkbox"/>
Relevé d'Identité Bancaire	<input type="checkbox"/>

**En cas d'absence de ces pièces, le tarif le plus élevé vous sera appliqué.**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE  
CADRE RESERVE A LA DIRECTION**

Dossier reçu le : \_\_\_\_\_  complet  incomplet

Manquent les pièces suivantes :

\_\_\_\_\_