

ENFANT

Nom : Prénom : En classe de :
 Né(e) le : à Sexe : Masculin Féminin
 Établissement fréquenté : Chateaubriand maternelle Chateaubriand élémentaire Pauline Kergomard

LE FOYER

Situation familiale : Marié Pacsé Union libre Veuf (ve) Célibataire/Parent isolé
 Père Mère Autre (précisez) : Père Mère Autre (précisez) :
 Nom : Nom :
 Prénom : Prénom :
 Profession : Profession :
 Mail : Mail :
 Tél. travail : Tél. travail :
 Tél. portable : Tél. portable :
 Adresse du domicile :
 CP : Ville : Tél domicile :

LE FOYER 2 (UNIQUEMENT SI PARENTS SÉPARES)

Situation familiale : Marié Pacsé Union libre Veuf (ve) Célibataire/Parent isolé
 Père Mère Autre (précisez) : Père Mère Autre (précisez) :
 Nom : Nom :
 Prénom : Prénom :
 Profession : Profession :
 Mail : Mail :
 Tél. travail : Tél. travail :
 Tél. portable : Tél. portable :
 Adresse du domicile :
 CP : Ville : Tél domicile :

MODE DE GARDE (UNIQUEMENT SI PARENTS SÉPARES)

Partagée Alternée Exclusive (préciser le parent) :

① Joindre un document spécifiant l'autorité parentale, le droit de garde, la répartition des charges et le planning de garde
 (décision de justice ; calendrier de garde)

RENSEIGNEMENTS POUR LA FACTURATION (si non renseigné, le tarif le plus élevé s'appliquera)

Foyer 1 CAF (ou cas assimilé) MSA Autre N°allocataire :
Foyer 2 CAF (ou cas assimilé) MSA Autre N°allocataire :

Facturation unique Nom : Prénom :

Facturation alternée (famille séparée unique)

Nom responsable 1 : Semaine facturation : Paire Impaire
 Nom responsable 2 : Semaine facturation : Paire Impaire

① Document à joindre pour MSA ou régime de protection autre : dernier avis d'imposition

AUTORISATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Sorties et Transports : J'autorise mon enfant à participer à des sorties extérieurs et à utiliser les transports nécessaires (sous la surveillance d'un accompagnant) Oui Non

Publication photos : J'autorise la Ville de Guilers à prendre des photos ou des vidéos et à les utiliser ou les publier dans un but d'informations sur les activités municipales. Oui Non

Départ des enfants scolarisés en élémentaires : J'autorise mon enfant à sortir à la fin de l'activité Surveillance. Oui Non

N'oubliez pas de signer le verso →

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom du médecin traitant : Tél :

Vaccination (DT Polio) : Date du dernier rappel :

Maladies : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Régimes alimentaires – Allergies – Maladies :

Régime alimentaire Allergies alimentaires Autres (allergies non alimentaires, maladies...)

Précisez :

Documents à joindre :

Obligatoire pour tous : Copie des pages vaccinations du carnet de santé

Si régime alimentaire : courrier des parents au Maire

Si allergie ou maladie nécessitant un traitement durant le temps scolaire ou périscolaire : PAI à mettre en place

Votre enfant est-il en situation de handicap : Non Oui (Si reconnaissance officielle, préciser l'organisme ci-dessous) :

Autre recommandations des parents (Antécédents médicaux, lunette, appareillages, comportement, énurésie...) :

Compagnie d'assurance responsabilité civile : N° de contrat :

Il est fortement conseillé aux familles de vérifier auprès de leur compagnie d'assurance que leur contrat couvre l'ensemble des dommages corporels auxquels peuvent être exposés leurs enfants lors des activités.

ADULTES HABILITÉS A VENIR CHERCHER L'ENFANT (en plus des parents de l'enfant)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	A contacter en cas d'urgence	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

- ✓ J'atteste que tous les renseignements fournis lors de l'inscription aux activités de mon enfant sont exacts.
- ✓ Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- ✓ Je m'engage à notifier toute modification des données concernant mon enfant auprès du service éducation.
- ✓ J'autorise les services municipaux, les responsables des activités de la Ville de Guilers à prendre pour mon enfant toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence.
- ✓ J'atteste sur l'honneur avoir l'accord du deuxième parent de l'enfant (ayant l'autorité parentale) pour inscrire l'enfant aux services gérés par le pôle éducation de la Ville de Guilers.
- ✓ Je décharge le Ville de Guilers de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux d'accueil.

La signature de ce document équivaut à l'acceptation des règles de fonctionnement du service (disponible sur le site de la ville)

Signature du ou des représentant(s) légal(aux) :

Date :