

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 20__ / 20__

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Attestation d'assurance scolaire et extrascolaire
- Copie des vaccins
- Attestation CAF ou MSA de l'année en cours
- Joindre un RIB pour prélèvement automatique

Enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

École : Classe :

Adresse :

Code postal : Ville :

Lieu de montée :

La Mothe Achard La Chapelle Achard Saint Georges de Pointindoux Sainte Flaive des Loups

Difficultés de santé particulières (allergies, asthme...) :

Renseignements médicaux utiles à l'équipe d'encadrant pour la vie en collectivité (difficultés de sommeil, énurésie,...) :

Si Projet d'Accueil Individualisé, merci de le fournir :

Responsables légaux :

Situation familiale : <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Pacsé <input type="radio"/> Vie Maritale <input type="radio"/> Séparé <input type="radio"/> Divorcé <input type="radio"/> Veuf <input type="radio"/> Garde alternée	
Représentant légal 1	Représentant légal 2
<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Autre :	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Autre :
Autorité parentale : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autorité parentale : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :
E.mail :	E.mail :
Employeur :	Employeur :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Régime allocataire :	Régime allocataire :
<input type="radio"/> CAF N° allocataire.....	<input type="radio"/> CAF N° allocataire.....
<input type="radio"/> MSA. N° allocataire	<input type="radio"/> MSA. N° allocataire
<input type="radio"/> Autres	<input type="radio"/> Autres
Si famille recomposée, Nom et prénom du conjoint :	Si famille recomposée, Nom et prénom du conjoint :

Si adresse de facturation différente, merci de préciser.

Communauté de Communes du Pays des Achards

2 rue Michel BRETON - LA CHAPELLE ACHARD

85150 LES ACHARDS

Contacts : achardsnés@cc-paysdesachards.fr ou 06 42 80 94 60

generationjeunes@cc-paysdesachards.fr ou 02 51 06 21 96

Personnes autorisées à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Numéros de téléphone	A prévenir en cas d'urgence	Autorisées à prendre l'enfant
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Médecin traitant :Téléphone :

Inscription à l'accueil de loisirs 11-17 ans

Je souhaite inscrire mon enfant à l'accueil de loisirs 11-17 ans:

Oui

Non

Mode de paiement :

Prélèvement automatique

Autres moyens de paiement (chèques, espèces, chèques CESU, Chèques Vacances, paiement en ligne...)

Je réserve les jours où mon enfant ira à l'accueil de loisirs via le portail famille.

Autorisations parentales

Je soussigné(e) M ou Mme représentant légal de autorise :

- Mon enfant à rentrer seul à pied ou à vélo
- Mon enfant à prendre les modes de transport proposé (véhicule du personnel, minibus, car)
- Le personnel à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence

Règlement intérieur et informations

Je soussigné(e) M ou Mme représentant légal de :

Atteste avoir pris connaissance des règlements afférents aux services auxquels mon enfant est inscrit.

Atteste de l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et m'engage à signaler toutes modifications sans délai via le portail familles.

Par mon inscription j'autorise le personnel à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence, la consultation de mon QF sur mon compte partenaire, la diffusion l'image de mon enfant sur tous supports (presse, site internet CCPA et communes, publications CCPA et des communes, pages Facebook...), la mise en ligne de ma facture dématérialisés sur le portail famille.

Dans le cas contraire, un courrier de la famille est demandé.

Fait à le

Signature :

Communauté de Communes du Pays des Achards

2 rue Michel BRETON - LA CHAPELLE ACHARD

85150 LES ACHARDS

Contacts : achardsnés@cc-paysdesachards.fr ou 06 42 80 94 60

generationieunes@cc-paysdesachards.fr ou 02 51 06 21 96