

## 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) :

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

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 extérieures 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 élémentaire** : 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 :