VILLE DE BLAIN – GROUPE SCOLAIRE ANATOLE FRANCE

DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANT
ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION
ANNEE SCOLAIRE 2016-2017

CE DOSSIER EST A COMPLETER POUR CHAQUE ENFANT ET A REMETTRE :

AVANT LE 31 MAI 2016

AUX RESPONSABLES DES ACCUEILS PERISCOLAIRES OU DE LA RESTAURATION SCOLAIRE

OU

LORS DES PERMANENCES ORGANISEES AU RESTAURANT SCOLAIRE RUE RENE GIRAUD LES JOURS SUIVANTS :

Date	Horaires
Mercredi 8 juin	8h30-12h30 et 13h30-17h30
Samedi 11 juin	9h00-12h00
Mercredi 14 juin	8h30-12h30 et 13h30-17h30

ATTENTION :

L'INSCRIPTION OU LA REINSCRIPTION EST OBLIGATOIRE POUR CHAQUE ENFANT EN DEBUT D'ANNEE SCOLAIRE, MEME SI VOUS N'AVEZ PAS DE BESOIN IMMEDIAT.

UN ENFANT NON INSCRIT (SANS DOSSIER D'INSCRIPTION) NE POURRA ETRE ACCUEILLI AU RESTAURANT SCOLAIRE ET AUX ACTIVITES PERISCOLAIRES.

Tarif des activités pour l'année 2016 :

Restauration scolaire :

Types de repas	Tarifs 2016
Tarif pour le 1er et 2ème enfant	3.36 €
Tarif dégressif (pour le 3ème enfant)	2.90 €
Panier repas (en cas de PAI : correspond à l'encadrement de l'enfant)	1.08 €

Toute absence non justifiée sera facturée.

Accueil périscolaire :

En fonction du quotient familial de la CAF.
Taux d'effort des familles fixé à 0.055 %
Votre QF x 0.055 = votre tarif personnalisé pour ¼ d'heure d'accueil périscolaire.

Coordonnées des services du Pôle Enfance :

Restauration scolaire : Brigitte Marsac, 02 40 79 00 80 (poste 3), restauration@ville-blain.fr
Activités périscolaires : Chrystelle Guéhéry, 06 84 42 30 42, periscolaire@ville-blain.fr
Pôle Enfance : Céline Poussin, 02 40 79 00 08, enfance@ville-blain.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANCE
ANNEE SCOLAIRE 2016.2017

ENFANT

Nom ..... Prénom .....
Date de naissance : ..... Niveau de classe à la rentrée : .....
Sexe : ☐ féminin ☐ masculin
L'enfant est domicilié(e) :
☐ chez les parents
☐ chez la mère
☐ chez le père
☐ autre : .....

Frère(s) et/ou sœur(s) dans l'établissement :
Nom, prénom :.....classe :.....
Nom, prénom :.....classe :.....
Nom, prénom :.....classe :.....

Adresse :..... code postal : ..... Ville : .....

Restauration scolaire

☐ **PRESENCE REGULIERE :**

☐ Lundi
☐ Mardi
☐ Jeudi
☐ vendredi

☐ **PRESENCE OCCASIONNELLE**
Contacter la responsable de la restauration scolaire :
02 40 79 00 80 (poste 3) ou restauration@ville-blain.fr

Accueil Périscolaire

☐ **PRESENCE REGULIERE OU PONCTUELLE :**

Jours	Matin	Soir	
Lundi	☐ 7h30 ☐ 7h45 ☐ 8h00 ☐ 8h15 ☐ 8h30	☐ 16h00 ☐ 16h15 ☐ 16h30 ☐ 16h45 ☐ 17h00 ☐ 17h15	☐ 17h30 ☐ 17h45 ☐ 18h00 ☐ 18h15 ☐ 18h30
Mardi	☐ 7h30 ☐ 7h45 ☐ 8h00 ☐ 8h15 ☐ 8h30	☐ 16h00 ☐ 16h15 ☐ 16h30 ☐ 16h45 ☐ 17h00 ☐ 17h15	☐ 17h30 ☐ 17h45 ☐ 18h00 ☐ 18h15 ☐ 18h30
Mercredi	☐ 7h30 ☐ 7h45 ☐ 8h00 ☐ 8h15 ☐ 8h30	☐ 12h00 ☐ 12h15 ☐ 12h30	
Jeudi	☐ 7h30 ☐ 7h45 ☐ 8h00 ☐ 8h15 ☐ 8h30	☐ 16h00 ☐ 16h15 ☐ 16h30 ☐ 16h45 ☐ 17h00 ☐ 17h15	☐ 17h30 ☐ 17h45 ☐ 18h00 ☐ 18h15 ☐ 18h30
Vendredi	☐ 7h30 ☐ 7h45 ☐ 8h00 ☐ 8h15 ☐ 8h30	☐ 16h00 ☐ 16h15 ☐ 16h30 ☐ 16h45 ☐ 17h00 ☐ 17h15	☐ 17h30 ☐ 17h45 ☐ 18h00 ☐ 18h15 ☐ 18h30

☐ **PRESENCE OCCASIONNELLE** :
à confirmer une semaine avant l'accueil de l'enfant, par écrit ou par mail à l'accueil périscolaire :
periscolaire@ville-blain.fr

RESPONSABLE(S) LEGAL(GAUX)

SITUATION FAMILIALE : ☐ célibataire ☐ mariés ☐ vie maritale ☐ séparé ☐ divorcé ☐ veuf(ve) ☐ pacsés
En cas de séparation ou de divorce, qui a la charge de l'enfant : ……
(Fournir la copie du jugement)
L'autre parent est-il autorisé à venir chercher l'enfant : oui ☐ non ☐ restriction ☐ (Fournir la copie du jugement).
Si l'enfant est placé chez un(e) assistant(e) familial(e), fournir la décision de placement.
Numéro allocataire CAF ou MSA : …… Quotient familial : ……
(Sinon fournir l'avis d'imposition sur les revenus 2014).

☐ J'autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CAFPRO afin d'accéder aux ressources à prendre en compte pour le calcul des tarifs. Le service CAFPRO.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.

Responsable 1 ☐ père ☐ mère ☐ autre :	**Responsable 2** ☐ père ☐ mère ☐ autre :
☐ Mme ☐ M.	☐ Mme ☐ M.
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
☎ fixe :	☎ fixe :
✆ portable :	✆ portable :
@ :	@ :
Profession :	Profession :
Employeur (nom et adresse) :	Employeur (nom et adresse) :
☎ Employeur :	☎ Employeur :

AUTORISATIONS PARENTALES

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant pendant et/ou après les activités (autre que responsable légal) : (Une pièce d'identité pourra être demandée par les encadrants)

NOM PRENOM	TELEPHONE	LIEN DE PARENTE OU AUTRE

MODE DE PAIEMENT CHOISI POUR LES PRESTATIONS :
☐ J'opte pour le prélèvement automatique (joindre le mandat de prélèvement rempli + RIB)
☐ J'opte pour le règlement au Trésor Public (chèque, espèces, CB ou CESU uniquement pour les activités périscolaires)

Je soussigné(e), …… responsable légal de l'enfant ……
☐ Autorise (conformément au droit à l'image) à ce que tous supports visuels (photos, vidéos) où mon enfant figure, puissent être utilisés sans contrepartie financière dans le cadre des activités organisées par le Pôle Enfance.
☐ Autorise le personnel encadrant à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les activités périscolaires le nécessitant.
☐ Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités.
Signature :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : ……
DATE DE NAISSANCE :……
Numéro de sécurité sociale :…… ou MSA : ……

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq				Groupe sanguin	
				BCG	

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DES VACCINS A JOUR (CARNET DE SANTE) ET UNE ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE

Nom du médecin traitant : ……
Adresse : ……
☎ : ……

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non
Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non	

L'enfant suit-il un traitement médical ?	☐ Oui ☐ Non	Précisez lequel :
L'enfant est-il allergique ?	☐ Oui ☐ Non	Précisez : (joindre un certificat médical et le protocole de soins le cas échéant) :
Régime alimentaire	☐ Oui ☐ Non	Précisez :
Allergie alimentaire✷	☐ Oui ☐ Non	PAI signé le : (joindre la copie) :
Précautions à prendre, recommandations utiles (lunettes, prothèses auditives, dentaires, accident, opération…)	☐ Oui ☐ Non	Précisez :

✷ Dans le cas d'une allergie alimentaire, il vous faudra prendre RDV avec la médecine scolaire ainsi qu'avec les responsables du restaurant scolaire et des activités périscolaires pour établir un Protocole d'Accueil Individualisé.

Je soussigné(e), ……, responsable légal de l'enfant …… autorise les responsables de la restauration et des activités périscolaires à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (un enfant pourra être orienté ou transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté).

Je certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et je m'engage à respecter le ou les Règlement(s) Intérieur(s) des activités fréquentées.
A ……, le ……

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