

Dossier d'inscription 2024-2025

Structures Enfance municipales



Tous les champs ci-dessous doivent être renseignés pour valider l'inscription

Nom du **responsable 1** : M. ou Mme

Adresse : Commune :

Adresse mail : ☎ :

N° allocataire CAF : Quotient familial : € (à défaut, dernière déclaration d'impôts)

Nom du **responsable 2** : M. ou Mme

Adresse : Commune :

Adresse mail : ☎ :

INSCRIPTION(S)

Nom de l'enfant :

Scolarité 2024-2025

Marcel Canonnet Saint Joseph Autre établissement
 Maternelle Élémentaire Niveau :

Restaurant scolaire

OUI NON

Responsable : Isabelle CORMERAIS
restaurant-scolaire@chateau-thebaud.fr
02 28 21 34 65

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »
 Occasionnel

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) NON OUI (doit être obligatoirement transmis)
Régime alimentaire particulier :

Accueil périscolaire (APS)

OUI NON

Direction : Annick GRELET
periscolaire@chateau-thebaud.fr
02 28 21 34 66

APS MATIN (7h30-8h45)

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »
 Occasionnel

APS SOIR (16h15-18h45)

Lundi Mardi Jeudi Vendredi
Sélectionnez les jours souhaités en cas de régularité ou cochez la case « Occasionnel »
 Occasionnel

Accueil de loisirs 3-12 ans (ALSH)

OUI NON

Direction : Mélanie ROUSSEAU
enfance@chateau-thebaud.fr
02 85 29 17 57

Enfant scolarisé sur la commune (semaine de 4 jours et demi)

Mercredi scolaire ½ journée repas inclus (ne pas réserver le restaurant scolaire)
 Vacances scolaires (journée complète repas inclus)

Enfant non scolarisé sur la commune (semaine de 4 jours)

Mercredi matin ½ journée repas inclus (7h30-13h45)
 Mercredi après-midi ½ journée repas inclus (12h30-18h45)
 Mercredi journée complète repas inclus (7h30-18h45)
 Vacances scolaires (journée complète repas inclus / 7h30-18h45)

Ce document doit être rempli en totalité (recto/verso) et transmis dans les meilleurs délais à :

direction-famille@chateau-thebaud.fr ou déposé directement au Pôle Enfance (8, rue du Prieuré / 02 85 29 17 56)

Vous devrez y joindre : Attestation CAF de moins de 3 mois Attestation d'assurance scolaire

Une fois votre inscription traitée, nous vous recontacterons afin de vous transmettre votre n° d'abonné nécessaire à la création de votre espace personnel du **portail famille** (www.chateau-thebaud.fr). Il vous permettra de gérer les réservations de votre enfant, de consulter et régler vos factures en ligne et de mettre à jour vos données personnelles.

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures (disponible sur www.chateau-thebaud.fr)
- J'autorise le Régisseur Enfance Jeunesse Restauration à accéder à mon dossier CAF pour consultation et mise à jour de mon quotient familial.

Fait le : / /

Signature :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Garçon Fille

Responsable de l'enfant

M. Mme Nom : _____

Prénom : _____

☎ (en cas d'urgence) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Vaccinations (cf carnet de santé) : **tous les vaccins ci-dessous sont obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018**

Vaccins	Date du dernier rappel	Vaccins	Date du dernier rappel
DTPCH (obligatoire pour tous)	____ / ____ / ____	ROR	____ / ____ / ____
Hépatite B	____ / ____ / ____	Méningocoque C	____ / ____ / ____
Pneumocoque	____ / ____ / ____	Autre :	____ / ____ / ____

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux : Nom du médecin traitant : _____

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballages d'origine, notice et nom de l'enfant sur la boîte).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

Allergies : Asthme OUI NON Alimentaire OUI NON Médicamenteuse OUI NON

Autre _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Difficultés de santé?

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et les **précautions à prendre**)

Recommandations utiles des parents (lunettes, lentilles, prothèse dentaire ou auditive... merci de préciser)

Personnes (autres que les responsables) **autorisées à récupérer l'enfant** :

Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Droit à l'image OUI NON

Autorisation de photographier l'enfant, dans le cadre des activités proposées par les structures de loisirs, et éventuellement de diffuser ces photos (journaux, bulletin municipal, site internet municipal...)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable de la structure d'accueil à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Château-Thébaud pour le service Famille. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service Famille de la commune (8 rue du prieuré - 44690 - Château-Thébaud - 02 85 29 17 56).

Fait le : ____ / ____ / ____

Signature :