

MAIRIE SAINT LOUBÈS

Espace familles

Place de l'hôtel de Ville 33450 Saint-Loubès

TEL : 05.57.97.16.12 - Courriel : espace.familles@saint-loubes.fr

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION - ANNÉE 2026/2027

Représentant légal n° 1 (responsable du Dossier CAF/MSA)

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>
Tél. domicile	<input type="text"/>	Portable	<input type="text"/>
Adresse		@ E-mail	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Profession	<input type="text"/>	Tél. Professionnel	<input type="text"/>
N° de l'allocataire CAF Gironde :		<input type="text"/>	
		ou N° Ressortissant MSA	

Représentant légal n° 2

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>
 Tél. domicile	<input type="text"/>	Portable	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		Code Postal/Commune <input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>		Tél. Professionnel <input type="text"/>

Situation Familiale :

- Célibataire Concubinage Pacsé Marié Divorcé Séparé

PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER MES ENFANTS

FACTURATION (Cocher le payeur)

<u>Restauration</u>	<input type="checkbox"/> Représentant 1	<input type="checkbox"/> Représentant 2
<u>Accueil périscolaire</u>	<input type="checkbox"/> Représentant 1	<input type="checkbox"/> Représentant 2
<u>Centre de loisirs</u>	<input type="checkbox"/> Représentant 1	<input type="checkbox"/> Représentant 2
<u>École de Danse</u>	<input type="checkbox"/> Représentant 1	<input type="checkbox"/> Représentant 2
<u>École de Théâtre</u>	<input type="checkbox"/> Représentant 1	<input type="checkbox"/> Représentant 2
<u>École de Musique</u>	<input type="checkbox"/> Représentant 1	<input type="checkbox"/> Représentant 2

Dans le cadre d'une garde alternée, prendre rendez-vous avec l'Espace familles : 05.57.97.16.12



AUTORISATION

Je soussigné(e), responsable légal de(s) l'enfant(s), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur en lien avec l'Espace familles et autorise (cocher les cases utiles) :

- Le responsable à exercer les soins d'urgence et à faire appel en cas d'accident aux services d'urgence (obligatoire).**
- La Ville de Saint-Loubès à utiliser mon adresse électronique afin de m'adresser des informations concernant les actions et les services en direction des enfants et des jeunes.
- La prise d'images (photos, reportages, film...) et leurs publications sur le site web de la ville /les réseaux sociaux/journaux.
- Dans le cadre des sorties organisées par le centre, mon enfant à être transporté dans des véhicules à usage collectif.
- La ville de Saint-Loubès à utiliser API particulier CAF ou impôts pour récupérer automatiquement le Quotient Familial.**

Les informations inscrites dans cette demande font l'objet d'un traitement informatisé. Elles sont conservées et destinées au service Animation/Restauration. Conformément au règlement européen 2016/679, Règlement Général pour la Protection des Données, également dénommé «RGPD», vous pouvez exercer vos droits (opposition, accès, rectification, effacement, limitation, portabilité) directement auprès du service via l'adresse : espace.familles@saint-loubes.fr.

- En cochant cette case, je reconnais avoir été informé de la création d'un fichier informatisé contenant mes informations.

Fait à Saint-Loubès, le Signature :

MAIRIE
SAINT LOUBÈS

Espace familles

Place de l'hôtel de Ville 33450 Saint-Loubès
TEL : 05.57.97.16.12 - Courriel : espace.familles@saint-loubes.fr

FICHE RENSEIGNEMENT DE L'INSCRIT - ANNÉE 2026/2027

Nom Prénom Sexe M F

Né(e) le Lieu de naissance Département

INSCRIPTION SCOLAIRE

- Petite section Moyenne section Grande section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2

RÉSERVÉ AU SERVICE

- Jean de la Fontaine
 Ile Bleue
 Paul Jean Toulet
 Hector Ducamp

Établissement précédent (nom, commune et département)

L'inscription administrative de votre enfant à l'école lui permet d'accéder aux prestations suivantes :

Restauration – Accueil périscolaire – ALSH (mercredis et vacances scolaires)
École Multisports – Séjours – Vacances Sportives – Activités Culturelles
via l'Espace familles

MAIRIE SAINT LOUBÈS

Espace familles

Place de l'hôtel de Ville 33450 Saint-Loubès

TEL : 05.57.97.16.12 - Courriel : espace.familles@saint-loubes.fr

FICHE SANITAIRE DE L'INSCRIT - ANNÉE 2026/2027

I – Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre la photocopie du carnet de santé ou un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota: le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? OUI NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, par les centres de loisirs

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

* Si votre(os) enfant(s) est (sont) sujet(s) à une allergie nécessitant un régime particulier ou des besoins thérapeutiques, l'élaboration d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I.) est à demander au directeur de l'école.

Allergies : Médicamenteuses OUI NON Asthme OUI NON
Alimentaires OUI NON P.A.I * OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

[Large empty box for notes]

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

[Large empty box for notes]

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, **régime alimentaire** etc...:

[Large empty box for notes]

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*):

Je soussigné(e), [Large empty box for signature] responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre 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 directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Fait à Saint-Loubès, le Signature