

DOSSIER D'INSCRIPTIONS AUX STRUCTURES D'ACCUEIL MUNICIPALES

Documents à fournir, à compléter et à retourner MAIRIE DE LUGOS

- Le dossier d'inscription :
- Avec la fiche famille, les personnes autorisées, les autorisations parentales et la fiche sanitaire de liaison.
 - La fiche d'inscription aux structures d'accueils municipales,
 - Approbation du règlement intérieur
- Attestation d'assurance en responsabilité civile 2022/2023 de l'enfant
- Attestation d'assurance individuelle accident 2022/2023 de l'enfant
- Attestation MSA
- Certificat médical attestant des vaccinations obligatoires ou photocopie des vaccinations du carnet de santé de l'enfant (noter le nom de l'enfant)
- Photocopie de l'attestation du jugement de divorce (si vous êtes dans ce cas de figure)
- Dans le cas d'une garde alternée, merci de nous indiquer si vous souhaitez une facturation séparée et nous fournir le planning d'alternance.
- Dernier avis d'imposition ou non imposition sur les revenus:
- pour les familles qui ne sont pas allocataires CAF ou MSA,
 - pour les familles qui n'ont pas transmis leurs revenus à la CAF ou à la MSA.
- Je ne désire pas transmettre mon avis d'imposition et accepte la facturation des services que mon enfant fréquentera au tarif le plus élevé

FICHE D'INSCRIPTION

~~RESTAURANT SCOLAIRE~~

Mon enfant déjeunera au restaurant scolaire : (cochez vos choix)	OUI	NON
--	----------------	----------------

Nom et Prénom de l'enfant :

RESTAURANT SCOLAIRE

Mon enfant déjeunera au restaurant scolaire : (cochez vos choix)	OUI	NON
LUNDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAI Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repas avec un régime particulier sans porc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRANSPORT SCOLAIRE

Inscription directement en ligne sur le site de la Région Nouvelle Aquitaine jusqu'au 20 juillet à l'adresse suivante : transports.nouvelle-aquitaine.fr

Mon enfant utilisera le transport scolaire :
(cochez votre choix) —

OUI

NON

TRANSPORTS MUNICIPAUX

autorise(ons) à se déplacer en bus ou en mini bus lors :
de l'APS du mercredi, de l'ALSH des vacances scolaires, et des courts
séjours :

OUI

NON

APPROBATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES SERVICES RESTAURATION, PÉRI ET EXTRA SCOLAIRES

Je (Nous) soussigné(ons), Mme, M. [REDACTED]

Responsable(s) légal (aux) de l'enfant: [REDACTED]

Certifie(ons) avoir pris connaissance du règlement intérieur des services restauration, péri et extra scolaires et (nous nous) m'engage(ons) à le respecter.

À Belin-Beliet, le : [REDACTED]

Signature(s) :

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je (Nous) soussigné(ons) Mme, M.: [REDACTED]

Responsable(s) légal de l'enfant : [REDACTED]

- Autorise(ons) la collectivité à utiliser, sur tous supports de communication (site internet, réseaux sociaux, magazine municipal, affiches, flyers..), des photos et/ou des vidéos de mon enfant prise dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires ;
- N'autorise(ons) pas la ville de Belin-Beliet à photographier, filmer, diffuser et publier l'image de mon enfant.

À Belin-Beliet, le: [REDACTED]

Signature(s) :

CONTRAT DE PLACE D'ACCUEIL

- Je m'engage à créer mon compte «espace famille» et à le tenir à jour tout au long de l'année scolaire [REDACTED].
- Pour les ressortissants CAF : J'autorise la Mairie de BELIN-BELIET à utiliser le compte partenaire de la CAF pour la mise à jour de mon quotient familial (QF).

À Belin-Beliet, le: [REDACTED]

Signature(s) :

ENFANT

Nom de famille : _____ Prénom(s) : _____
 Sexe : M F Né(e) le : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère : Père :
 Autre Responsable légal : Autorité parentale : oui non
Personne physique ou morale - Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales

Nom de famille : _____ Prénom(s) : _____
 Nom d'usage : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 L'enfant habite à cette adresse : oui non Courriel : _____
 Tél. Mobile : _____ Tél. Travail : _____ Tél. Domicile : _____
 N° CAF GIRONDE : _____ Nom de l'allocataire : _____
 N° MSA : _____ N° Sécurité Sociale : _____

Mère : Père :
 Autre Responsable légal : Autorité parentale : oui non
Personne physique ou morale - Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales

Nom de famille : _____ Prénom(s) : _____
 Nom d'usage : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 L'enfant habite à cette adresse : oui non
 Tél. Mobile : _____ Tél. Travail : _____ Tél. Domicile : _____

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Toute personne autorisée à venir chercher l'enfant, doit être majeure et doit se présenter munie d'une pièce d'identité.

Je soussigné(e) Mme, M. _____, représentant l'égal de l'enfant _____

- N'autorise aucune autre personne à venir chercher l'enfant.
 Autorise les personnes suivantes à venir chercher l'enfant en cas d'indisponibilité de ma part :

Nom et Prénom	Adresse	Tél. Travail :	Tél. Domicile :
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

FICHE SANITAIRE

Médecin traitant : _____ N° de téléphone: _____

Adresse : _____

ALLERGIES : Je souhaite que mon enfant bénéficie de la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

Asthme ; précisez la cause, _____ □ □

Alimentaire : précisez la cause, _____ □ □

Médicamenteuse : précisez la cause, _____ □ □

Autres : précisez la cause, _____ □ □

Votre enfant porte t'il ?

des prothèses auditives :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	des lunettes :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------	------------------------------	----------------	------------------------------	------------------------------

des lentilles -	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	des prothèses dentaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------	------------------------------	------------------------------

autres : précisez : _____ OUI NON

DIVERS : Indiquez ici les difficultés de santé de votre enfant et la conduite à tenir (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) :

Autorise le responsable de l'accueil à prendre les mesures nécessaires (hospitalisation, intervention chirurgicale) en cas d'accident et m'engage à rembourser les frais correspondants : OUI NON

Je (Nous) soussigné(ons) Mme, M.: _____

Responsable(s) légal de l'enfant : _____

Déclare(ons) exact les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

À Belin-Beliet, le: _____ Signature(s) :

Pour rappel : Aucun médicament ne pourra être administré sauf dans la cadre d'un P.A.I.