COMMUNE DE RIVES-DU-LOIR-EN-ANJOU
FORMULAIRE D'INCRIPTION

ACCUEILS PERISCOLAIRES
ACCUEIL DE LOISIRS

A RENVOYER DE PREFERENCE PAR MAIL ET EN FONCTION DU LIEU D'INCRIPTION A :
ACCUEIL DE LOISIRS MARMOLOIR : alsh@rivesduloirenanjou.fr
PERISCOLAIRE DE VILLEVEQUE : periscolaire.villeveque@rivesduloirenanjou.fr
OU A DEPOSER EN MAIRIE

SERVICE PERISCOLAIRE SOUHAITE POUR VOTRE ENFANT :
☐ Restauration scolaire Villevêque
☐ Accueil périscolaire Villevêque
☐ Accueil de loisirs MarmÔloir

LISTE DES PIECES A FOURNIR :
☐ Dossier d'inscription (1 par famille)
☐ Justificatif de domicile / Certificat d'inscription scolaire
☐ Attestation CAF ou MSA
☐ Attestation d'assurance responsabilité civile
☐ Photocopie des vaccinations (DT Polio) à jour
☐ Relevé d'Identité Bancaire (pour compléter le mandat de prélèvement à remplir en mairie)
☐ Fiche de renseignement pour chaque service périscolaire souhaité

ENFANTS :

Enfant 1

Nom/Prénom : ..... Date de naissance : .....
Classe en sept. 2023 : .....

Enfant 2

Nom/Prénom : ..... Date de naissance : .....
Classe en sept. 2023 : .....

Enfant 3

Nom/Prénom : ..... Date de naissance : .....
Classe en sept. 2023 : .....

RESPONSABLES LEGAUX :

PARENT 1 :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel. Fixe : .....

Tel. Portable : .....

Tel. Professionnel : .....

E-mail : .....

.....

PARENT 2 :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel. Fixe : .....

Tel. Portable : .....

Tel. Professionnel : .....

E-mail : .....

.....

SITUATION FAMILIALE :

Autorité parentale : ☐ Parent 1 ☐ Parent 2

☐ Autre (préciser) : .....

N° Allocataire CAF :.....
MSA : .....

Si autre régime préciser : .....

Quotient familial : ☐ < 499 ☐ Compris entre 500 et 799

☐ Compris entre 800 et 1399 ☐ > 1400

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :			
Cocher la personne à contacter en cas d'urgence			
Personnes *(autres que responsables légaux)*	Lien avec l'enfant	Téléphone	
……	……	……	☐
……	……	……	☐
……	……	……	☐
……	……	……	☐
……	……	……	☐

SANTE :

Nom du médecin traitant : ……

Adresse : ……

Téléphone : ……

ALLERGIE ALIMENTAIRE : si la santé de votre enfant nécessite une prise en charge médicale particulière, un Projet d'Accueil Individualisé devra être fourni ainsi que les médicaments à administrer dans une trousse notée au nom de l'enfant. Préciser le type d'allergie, surtout en cas d'allergie alimentaire :

……
……

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : uniquement pour motif dûment justifié

……
……

TRAITEMENT PARTICULIER OU AUTRE ALLERGIE : L'enfant suit-il un traitement ? Si oui, lequel ? Indiquer les difficultés de santé et les précautions à prendre.

……
……

AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS DES PARENTS :

Nous soussignés (Parent 1 / Parent 2) …….

……., parents, tuteurs, responsables légaux de l'enfant / des enfants (nom, prénom) ……./…….

……../……

❶ Autorisons le responsable de la structure à administrer les premiers soins à notre (nos) enfant(s) et à prendre en cas d'urgence toutes dispositions concernant l'hospitalisation au CHU ou en clinique : ☐ OUI ☐ NON

❷ Autorisons les services de la commune à prendre des photographies ou réaliser des vidéos sur lesquelles apparait (apparaissent) notre (nos) enfants(s) à destination des supports suivants :

- Magazines et documents officiels édités par la commune ☐ OUI ☐ NON
- Site internet et réseaux sociaux de la commune ☐ OUI ☐ NON
- Projets des accueils périscolaires et de loisirs ☐ OUI ☐ NON

L'utilisation de photographies et de vidéos par les services municipaux a uniquement pour objet de valoriser les actions menées et le travail des services sans nuire à l'image des enfants.

❸ Autorisons notre (nos) enfants(s) à rentrer seul(s) à notre domicile :
☐ OUI ☐ NON
Si oui, préciser l'heure du départ :……

❹ Reconnaissons avoir pris connaissance des règlements concernant le service de restauration scolaire et d'accueil périscolaire (matin, midi et soir),

❺ Nous engageons à les expliquer, les lire à notre (nos) enfant(s) pour qu'il(s) les applique(nt) et les respecte(nt).

Date : ……/……/……. Signature,