

Assurances	
Assurance scolaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compagnie :	N° contrat :
Assurance Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compagnie :	N° contrat :

**Autorisations parentales**

Je soussigné(e)  
 .....  
 Responsable légal de l'enfant :  
 .....

- Atteste que tous les renseignements fournis lors de l'inscription de mon (mes) enfant(s) sont exacts
- Certifie que mon (mes) enfant(s) est (sont) à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- M'engage à notifier toute modification des données concernant mon (mes) enfant(s) auprès du service enfance.
- Atteste avoir pris connaissance et accepter les termes et clauses des règlements intérieurs de toutes les activités auxquelles mon (mes) enfant(s) participe(nt).
- Autorise les services municipaux, les responsables des activités ou les prestataires mandatés par la ville de Combrit à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence vitale de mon (mes) enfant(s). (Hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale...).
- Autorise la ville de Combrit et/ou les prestataires de service à prendre des photos et vidéos de mon (mes) enfant(s) et à s'en servir comme support de communication.

Fait à .....  
 Le.....  
 Signature : (précédée de la mention « Lu et approuvé »)



**DOSSIER ENFANCE 2018/2019**  
**PERISCOLAIRE ET RESTAURATION**  
**A RENVoyer AU SERVICE ENFANCE POUR LE 11 JUIN 2018**  
**en mairie ou par mail à [service.enfance@combrit-saintemarine.fr](mailto:service.enfance@combrit-saintemarine.fr)**

**Responsable du ou des enfants**

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP - Ville :	CP - Ville :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :
Tél pro :	Tél pro :
E-mail :	E-mail :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Date de naissance :	Date de naissance :
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Situation familiale entre Responsable 1 et Responsable 2

Marié(e)  Union libre  Pacsé(e)  Célibataire  Séparé(e)  
 Recomposé(e)  Tuteur  Veuf (ve)  Divorcé(e)

L'enfant vit :

chez ses parents  chez sa mère  chez son père

fournir Copie du jugement avec les modalités si garde alternée

Régime allocataire:

régime général (CAF) N° allocataire :   
 régime agricole (MSA)  
 ENIM

Pour les familles sous le régime général, j'autorise la personne du service enfance habilitée à consulter CDAP 29 (anciennement CAFPRO) afin d'obtenir mon quotient familial. Dans le cas contraire, je fournis impérativement la **copie de l'attestation de quotient familial** de moins de 3 mois.

Pour les familles sous Régime agricole, je m'engage à fournir la **copie de l'attestation de quotient familial** de moins de 3 mois.

### Votre enfant

NOM /PRENOM : .....

Sexe : G  F

Né (e) le : ..... A .....

Ecole fréquentée année scolaire 2018/2019 : .....

En classe de : .....

### Sa santé

Médecin traitant : .....

Numéro de tél. : .....

● Votre enfant suit-il un traitement ? OUI  NON

Si oui lequel ? : .....

● A-t-il eu des allergies ? OUI  NON

Si oui lesquelles ? .....

● Fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? : OUI  NON

Si oui, joindre obligatoirement le document PAI complété par le médecin traitant

Date du dernier PAI : .....

● A-t-il eu des antécédents médicaux ? OUI  NON

### Vos recommandations particulières

.....

### Personne(s) autorisé(e)s à récupérer votre enfant

Nom -Prénom	N° téléphone	Lien avec l'enfant

### Restauration scolaire

Jours	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Choix d'inscription :

- Annuelle (Cocher les jours dans tableau d'à côté)
- Occasionnelle (prévenir le service jeunesse impérativement **48h** (jours ouvrés) à l'avance sous risque de repas majoré)

### Accueil périscolaire

Jours	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Soir					

### Temps d'Activités Périscolaires (TAP)

Ecoles	Jours	Choix
Ecole de Combrit	Mardi de 15h à 16h30	<input type="checkbox"/>
	Vendredi de 15h à 16h30	<input type="checkbox"/>
Ecole de Sainte-Marine	Lundi de 15h à 16h30	<input type="checkbox"/>
	Jeudi de 15h à 16h30	<input type="checkbox"/>

Cocher les périodes de votre choix (de vacances à vacances)

Période				
P1 <input type="checkbox"/>	P2 <input type="checkbox"/>	P3 <input type="checkbox"/>	P4 <input type="checkbox"/>	P5 <input type="checkbox"/>

Autorisation de laisser mon enfant sortir seul après les TAP (enfants de + de 7 ans)

OUI  NON

### Accueil de loisirs sans hébergement (ALSH)

Pour les mercredis à la 1/2 journée avec repas (matin+repas ou repas+après-midi) ou journée complète ainsi que pour les vacances scolaires, un dossier d'inscription est à retirer en mairie au service enfance jeunesse:

☎ 02-98-56-74-18

@ service.enfance@combrit-saintemarine.fr

🌐 www.combrit-saintemarine.fr