

## DOSSIER D'INSCRIPTIONS AUX STRUCTURES D'ACCUEIL MUNICIPALES

### Documents à fournir, à compléter et à retourner

- 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 2023/2024 de l'enfant
- Attestation d'assurance individuelle accident 2023/2024 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		
<b>Nom et Prénom de l'enfant :</b>		
Mon enfant déjeunera au restaurant scolaire : (cochez vos choix)	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
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 en ligne sur le site de la Région Nouvelle Aquitaine jusqu'au 20 juillet à l'adresse suivante :  
<https://transports.nouvelle-aquitaine.fr/transports-scolaires/inscription>

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) :

## FICHE DE LIAISON

### ENFANT

École :

niveau de classe

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

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 :

### 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	Lien de parenté	Tél. Travail :	Tél. Domicile :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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, \_\_\_\_\_ OUI  NON

Alimentaire : précisez la cause, \_\_\_\_\_ OUI  NON

Médicamenteuse : précisez la cause, \_\_\_\_\_ OUI  NON

Autres : précisez la cause, \_\_\_\_\_ OUI  NON

**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.**