Partie réservée à la mairie

- ○ Dossier complet le :
- ○ Dossier à compléter :

- ○ Fratrie (classe, nom si ≠)
- ○ Renouvellement RIB (de N-1)
- ○ ALSH extérieur
- ○ Nouvelle inscription scolaire

2018-2019

A retourner au Service Enfance-Jeunesse

DOSSIER UNIQUE INSCRIPTION (DUI)

Accueil périscolaire - Restauration scolaire - TAP - Etude surveillée – Mercredi loisirs - Centre de loisirs

Tous nos services commencent le 03 septembre 2018 (jour de rentrée des classes)

En l'absence d'inscription (DUI), votre enfant ne pourra bénéficier d'aucun service (payant ou gratuit) de la mairie.

Par voie postale ou dépôt : Mairie de Coulaines - Service éducation - jeunesse
Square Weyhe 72190 COULAINES
Tel : 02.43.74.35.57 ou 02.43.74.35.35 - Mail : inscriptions.jeunesse@coulaines.fr

Lundi et mercredi 8h45 à 12h30 / 13h30 à 17h30 - **mardi** 8h45 à 12h30 / 13h30 à 18h30 **Jeudi** de 8h45 à 12h30 - **vendredi** 8h45-17h30

Documents à fournir (joindre obligatoirement des photocopies)

Aucune photocopie ne sera faite sur place en mairie

- ○ **Un justificatif de domicile où réside l'enfant** : facture eau, gaz, électricité datant de moins de 3 mois à défaut taxe d'habitation 2017 ou 2016. En cas de déménagement récent, une quittance de loyer ou contrat de location ou pièce justifiant l'accession à la propriété.
- ○ **Attestation de quotient familial de la CAF datant de moins de 3 mois ou si non allocataire fournir la copie de l'avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016.**
- ○ **Un RIB** (joindre uniquement si prélèvement)
- ○ **Documents médicaux (selon fiche sanitaire)**
- ○ **Les pages « vaccination » (DT polio…) du carnet de santé de l'enfant**
- ○ **Livret de famille ou acte de naissance** (uniquement pour les nouvelles inscriptions)

*En cas de changement de situation familiale récent : transmettre le livret de famille, le jugement de divorce (**uniquement** 1ère page et la page commençant par « par ces motifs…. »)*
En cas de perte d'emploi, transmettre le décompte ASSEDIC ou la notification RSA.

INSCRIPTION DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Ecole fréquentée en septembre 2018 :

○ Braque ○ Camus ○ Molière

Classe 2018/2019 : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS enfant - famille

Nom : _____

Prénom : _____ Fille ○ Garçon ○

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse où vit l'enfant : _____

Si garde alternée 2ème adresse : _____

Situation des parents :

○ Mariés ○ Séparés ○ Divorcés ○ Veuf (ve) ○ Union libre ○ Célibataire ○ Pacsés

Si garde alternée :

Mode de garde à la semaine : ○ Père : ○ semaines paires ○ semaines impaires
○ Mère : ○ semaines paires ○ semaines impaires

Famille hébergée : ○ Oui ○ Non si oui : *nom et numéro de la personne à contacter* : _____

Représentant légal 1

○ **Père** ○ **Mère** ○ **Autres** _____
(cochez le lien de parenté)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

_____

☎ _____

_____

☎ professionnel : _____

Adresse mail (en majuscule) : _____

_____

Autorise les informations de tous les services de la mairie (1 seul choix possible) :

○ Courrier ○ SMS ○ mail

Situation professionnelle : _____

_____

N° allocataire CAF ou MSA : _____

○ *J'autorise la Ville de Coulaines à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches.*

Représentant légal 2

○ **Père** ○ **Mère** ○ **Autres** _____
(cochez le lien de parenté)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

_____

☎ _____

_____

☎ professionnel : _____

Adresse mail (en majuscule) : _____

_____

Situation professionnelle : _____

_____

FICHE SANITAIRE enfant

Nom du médecin traitant : _____ ☎ _____

Numéro de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché : _____

Nom et numéro d'assurance de la responsabilité civile : _____

_____

Vaccin DT Polio obligatoire, date du dernier rappel : _____
(Fournir la copie de la page de vaccination du carnet de santé de votre enfant)

Régime spécifique ou allergie / maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier (protocole d'accueil individualisé - PAI) :

- Des aliments sont-ils interdits ? ○ Non ○ Oui Préciser : _____
- Allergie alimentaire : ○ Non ○ Oui Préciser _____
  (Fournir le PAI - un certificat d'allergologue de moins de 6 mois)
- Allergie autre : (animaux, pollens, plantes…) ○ Non ○ Oui Préciser : _____
  (Fournir le PAI - un certificat d'allergologue de moins de 6 mois)
- Maladie chronique (diabète, asthme…) : ○ Non ○ Oui Préciser : _____
  (Fournir le PAI - un certificat médical de moins de 6 mois)

En dehors du PAI, aucun médicament ne pourra être délivré sur les temps périscolaires (matin, midi, soir)

Votre enfant porte t'il : ○ des lunettes ○ un appareil dentaire ○ un appareil auditif

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant : (en dehors des représentants légaux)

-Merci d'écrire en majuscule-

A contacter en cas d'urgence

Nom-prénom _____ ☎ _____ lien de parenté _____ ○
Nom-prénom _____ ☎ _____ lien de parenté _____ ○
Nom-prénom _____ ☎ _____ lien de parenté _____ ○
Nom-prénom _____ ☎ _____ lien de parenté _____ ○
Nom-prénom _____ ☎ _____ lien de parenté _____ ○

Autorisation pour utilisation de l'image

Nous ○ Autorisons ○ n'autorisons pas la ville de Coulaines à reproduire, présenter, publier et exposer les images photographiques et/ou filmographiques représentant mon enfant pour une durée maximum de 3 ans.
Toute reproduction de ces images ne devra pas, y compris par leur légende ou leur contexte de présentation, porter atteinte à la réputation, à l'honneur ou à la dignité de notre enfant.
Date

Signature des parents * :

**Signatures des deux parents obligatoires.*

INSCRIPTION AUX SERVICES

PREVISION A L'ANNEE ***Se reporter à la notice du DUI pour remplir le tableau.*** ***(Cocher les jours choisis)***	**Lundi**	**Mardi**	**Mercredi**	**Jeudi**	**Vendredi**	**Au planning**	**Occasionnel**
Accueil du matin (dès 7h15) non ○ oui ○	○	○	○	○	○		○
Repas non ○ oui ○	○	○		○	○	○	○
A partir du ____ ***Noter la date du 1er repas prévu (ex 03/09/18, ou 08/09/18 ou 07/01/19***							
TAP (15h30 à 16h30) non ○ oui ○	○	○		○	○		
Accueil du mercredi (11h45 à 12h30) non ○ oui ○			○				○
Etudes surveillées (16h30 à 17h45) non ○ oui ○	○	○		○	○		○
Accueil du soir (dès 16h30 et jusqu'à 19h00) non ○ oui ○	○	○		○	○		○
Accueil du soir après études (dès 17h45) non ○ oui ○	○	○		○	○		○

MERCREDIS LOISIRS non ○ oui ○ Avec repas ○ Sans repas ○ (accueil à partir de 13h15)

Fréquence : Tous les mercredis ○ Occasionnel ○

Péricentre (17h45 à 19h00) : Tous les mercredis ○ Occasionnel ○

VACANCES SCOLAIRES (prévision) ***Inscription obligatoire avant chaque période scolaire***.

non ○ oui ○ occasionnel ○

Autorisations

Nous soussignés, M et Mme _____

○ autorisons notre enfant à pratiquer du sport (piscine ….)
○ autorisons notre enfant à être pris en photo
○ autorisons notre enfant à rentrer seul après les activités périscolaires, à partir du CP seulement (après les TAP, après les études, après l'accueil périscolaire, après les mercredis loisirs)
○ autorisons notre enfant à être hospitalisé en cas de besoin
○ autorisons notre enfant à participer à des sorties, nécessitant un déplacement, organisées dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires

Nous soussignés, M et Mme _____
déclarons exacts l'ensemble des renseignements portés sur ce document et avoir pris connaissance du règlement intérieur des « temps d'activités périscolaires » ci-joint.

Fait à : _____ le : _____ Signature des parents*:

**Signature obligatoire, en l'absence de signature, ce document ne sera pas valable*