Mairie de Sarzeau
Place Richemont BP 14
56370 Sarzeau
Tél. : 02 97 41 85 15
Fax : 02 97 41 84 18
www.sarzeau.fr

N° de dossier famille :……
(à remplir par l'administration)

FICHE D'INSCRIPTION AU(X) SERVICE(S) PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE DE LA VILLE

Année : 20….. / 20…..

1 – ENFANT

Nom :…… Prénom ……..
Date de naissance : …… ☐ Masculin ☐ Féminin

2 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom		
Prénom		
Qualité	☐Père ☐Mère ☐Tuteur ☐Assistant familial ☐Autres ……..	☐Père ☐Mère ☐Tuteur ☐Assistant familial ☐Autres ……..
Relation entre lesresponsables	☐ Célibataire ☐ Concubinage ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ autres : _____	

<u>En cas de séparation ou de divorce, préciser</u> :

- Autorité parentale : ☐ conjointe ☐responsable 1 ☐responsable 2 ☐autres : ……
- Résidence principale : ☐garde alternée ☐ responsable 1 ☐ responsable 2 ☐autres :……

3 – ASSURANCE EXTRASCOLAIRE

Nom de l'organisme : ……
N° de police d'assurance : …… Valable du_____au _____

4 - RÉGIME ALIMENTAIRE

Indiquez le régime alimentaire de votre enfant : ☐standard ☐P.A.I
un **P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)** doit être mis en place avec la direction de l'école/le médecin scolaire

5 – AUTORISATIONS PARENTALES

- **DROIT A L'IMAGE**

J'autorise les services municipaux à **photographier/filmer** mon enfant aux fins exclusives de la communication municipale (bulletin municipal, site internet de la ville…) : ☐oui ☐non

Vos données sont collectées dans le cadre d'actions de communication par le service « communication ».de la ville de Sarzeau pour parution et publication sur les médias précités. Ces informations sont diffusées le temps de l'année scolaire et conservées le temps du mandat du maire. Pour tout renseignement, modification, vous pouvez contacter le service contact@sarzeau.fr. La base juridique est le consentement. Conformément à la loi « informatique et libertés » de 1978 modifiée et au règlement général de la protection des données 2016/679, le sujet ou son/ses représentant(s) légal/légaux dispose(ent) d'un libre accès aux photos concernant la personne mineure et a le droit de demander à tout moment le retrait de celles-ci. Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : www.cnil.fr

- **SORTIE DE L'ENFANT A COMPTER DE 10 ANS**

J'autorise mon enfant à partir seul après l'activité : ☐oui ☐non - Si NON, il sera récupéré par une personne habilitée à le faire.La ville se dégage de toute responsabilité vis à vis de la personne envoyée par la famille.

<u>Nom, prénom, téléphone et qualité des personnes habilitées à venir récupérer l'enfant</u> :

1) …… ……..

2) ……..

3) ……

Nom et prénom de l'enfant :

N° de dossier famille :.....

Merci de cocher les activités choisies
Attention : une inscription ne vaut pas réservation

Année : 20….. / 20…..

SERVICES	RESERVATIONS	DELAIS DE RESERVATIONS	FACTURATION*
☐ **Garderie du matin** ☐ **Accueil du soir**	Portail Familles **Contact :** affairesscolaires@sarzeau.fr 02 97 41 70 98	*garderie du matin : possibilité de réserver la veille => 15h * accueil du soir : possibilité de réserver le jour même => 12h	Tarif à la demi-heure / facture mensuelle
☐ **Restauration** Régime alimentaire : ☐ Standard ☐ PAI	Portail Familles **Contact :** affairesscolaires@sarzeau.fr 02 97 41 70 98	5 jours ouvrés	Tarifs selon le QF** / facture mensuelle
☐ **A**ccueil **L**oisirs **S**ans **H**ébergement **(3-CM1) Mercredis** ☐ **A**ccueil **L**oisirs **S**ans **H**ébergement **(3-CM1) Vacances scolaires**	Portail Familles **Contact :** enfance.jeunesse@sarzeau.fr 02 97 48 05 05	5 jours ouvrés et selon les places disponibles affectées par ordre d'arrivée *(les périodes de réservation sont ouvertes 4 semaines avant le début de l'activité)*	Tarifs selon le QF* / facture mensuelle
☐ **Espace Jeunes (CM2-17 ans)**	Portail Familles **Contact :** enfance.jeunesse@sarzeau.fr 02 97 48 85 15	*(les périodes de réservation sont ouvertes 4 semaines avant le début de l'activité)*	Cotisation annuelle / facturation mensuelle pour les activités, selon le QF*
☐ **Ecole Municipale des Sports (4-CM2)**	Portail Familles **Contact :** enfance.jeunesse@sarzeau.fr 02 97 48 05 05	Inscription selon les places disponibles affectées par ordre d'arrivée	Tarifs selon le QF* / facture annuelle

* Le Trésor Public émet les factures qui sont adressées aux familles par voie postale, vous pouvez néanmoins en prendre connaissance depuis votre espace privé du Portail Famille : « mon compte » / « détail financier par facture ».

Tous les tarifs sont votés par délibération du Conseil Municipal.
Toutes les informations et tarifs sont disponibles sur le https://www.sarzeau.fr/
Les règlements intérieurs sont consultables sur le site de la Ville.
Les menus https://www.sarzeau.fr/menus-pai-restauration-scolaire/

Nom et prénom de l'enfant :

FICHE D'AUTORISATION / SANITAIRE DE LIAISON

Année : 20….. / 20….. **DOCUMENT CONFIDENTIEL**

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

▪ VACCINATIONS (voir pièces jointes sur le dossier familial)

Transmettre la **copie du carnet de vaccination** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). A défaut de celle-ci, fournir **un certificat médical du médecin attestant que les vaccins de votre enfant sont à jour.**

▪ TRAITEMENT MÉDICAL – MALADIES – ALLERGIES

- L'enfant suit-il un **traitement médical** : ☐ oui ☐ non

Si **oui :=> pour les Accueils Collectifs de Mineurs :** joindre une **ordonnance** récente justifiant la prise pendant l'accueil de loisirs etles **médicaments** correspondants (boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.

=> **pour les autres activités** : pas d'administration de traitement sans P.A.I vu avec le médecin scolaire

- L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies suivantes** ? (Entourez les maladies

☐Rubéole ☐Varicelle – ☐Coqueluche ☐Otite – ☐Rougeole –☐Oreillons –☐Scarlatine -☐Rhumatisme articulaire aigu

- L'enfant a-t-il **des allergies** ? Asthme : ☐ oui ☐ non Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non Alimentaires : ☐ oui ☐ non

Autres : ……..

Si OUI, un **P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)** doit être mis en place avec la direction de l'école/le médecin scolaire et le service de restauration scolaire.

L'enfant bénéficie t-il d'un P.A.I. en cours pour sa scolarité : ☐ oui ☐ non

▪ INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ETC..

Précisez : ……

Indiquez **les difficultés de santé** (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **précautions à prendre**. : ……..

……

▪ HANDICAP

L'enfant présente-t-il **un handicap** : ☐ oui ☐ non - Si oui, précisez quel type de handicap :……

L'enfant a-t-il une reconnaissance **MDPH (Maison Départementale des personnes Handicapées)** : ☐ oui ☐ non

Je soussigné/e, ☐ Responsable 1 ☐ Responsable 2, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

▪ ACCIDENT OU INDISPOSITION

En cas d'urgence, nous nous efforcerons de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Nous utiliserons pour cela les numéros de téléphone que vous nous avez indiqués. Un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital, à moins que son état permette une certaine attente dans le cas où la famille peut le prendre en charge elle-même. **ATTENTION, tout changement de coordonnées téléphoniques doit nous être communiqué dans les plus brefs délais.**

En cas d'accident ou de maladie, personnes à contacter en cas d'urgence et par ordre de priorité :

1) Nom :…… Prénom :…… Téléphone:……
2) Nom :…… Prénom :…… Téléphone:……
3) Nom :…… Prénom :…… Téléphone:……

Nom du médecin traitant:…… Téléphone:……

Fait à Sarzeau, le……

Signature **Responsable 1** : Signature **Responsable 2** :