

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Ce dossier a pour objectif de vous créer un accès au Portail Familles afin d'effectuer vos réservations aux activités enfance-jeunesse, péri ou extra scolaires, organisées par la Ville de Guérande.

Ce dossier doit être déposé, dûment complété et accompagné des pièces justificatives mentionnées ci-dessous, à l'adresse suivante :
Maison de la Famille
22, faubourg Saint-Michel
44350 GUERANDE

ou par mail :
accueil.maisondelafamille@ville-guerande.fr

(À REMETTRE DÈS QUE POSSIBLE)
LES DOSSIERS IMCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTE



SERVICES CONCERNÉS

- Restauration scolaire
- École Municipale des Sports (EMS)
- Accueil Périscolaire (APS)
- Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)
- Découv'Sports
- Mini-camps
- Accueil 10-14 ans

L'inscription administrative d'un enfant ne correspond pas à une réservation d'activité.

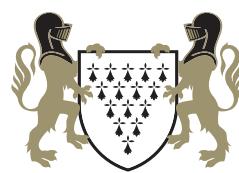
Pour chaque activité, il existe différentes modalités de réservation.



LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- N° d'allocataire CAF ou MSA, ou, à défaut, dernier avis d'imposition
- Copie du carnet de santé ou attestation du médecin certifiant que les vaccinations sont à jour
- Attestation d'assurance « Responsabilité Civile »
- Une photo petit format de l'enfant

D'autres pièces complémentaires peuvent être demandées lors de la réservation de certaines activités (exemple : test d'aisance aquatique pour les activités nautiques)



Ville de
Guérande

www.ville-guerande.fr

AUTORISATION

Je soussigné(e), _____

Responsable légal de l'enfant : _____

- Atteste son inscription aux services municipaux : restauration scolaire, activités péri-scolaires (APS), accueils de loisirs (ALSH), accueil 10-14 ans, Découv'Sports, Mini-camps, École Municipale des Sports (EMS).
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités péri et extra scolaires organisées par la Ville de Guérande (exemples : piscine, sorties...) pour l'année scolaire.
- Autorise la direction à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- Bénéficie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : oui non
- Autorise mon enfant à rentrer seul dès la fin des activités : oui non
- Accepte que mon enfant soit photographié, filmé, et que les services municipaux utilisent les images dans un but non lucratif afin de promouvoir leurs activités : oui non
- Autorise la consultation de mes comptes CAF : oui non
(en cas de refus c'est le tarif le plus élevé qui sera appliqué)
- Autorise l'envoi des factures par mail : oui non

Déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs des activités auxquelles mon enfant participe, ainsi que des délais de réservation et d'annulation.

Fait à Guérande, le _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Lieu de naissance : _____

Sexe : Féminin Masculin

Adresse de l'enfant si différent de celle des représentants : _____

Etablissement scolaire : _____

Niveau scolaire : _____

FAMILLE

Situation familiale

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Vie maritale

Copie du jugement concernant la garde de l'enfant : oui non

Renseignements	Responsable 1	Responsable 2
Lien de parentalité *		
Nom et prénom *		
Nom de naissance *		
Date de naissance *		
Lieu de naissance *		
Adresse *		
Tél. domicile *		
Tél. mobile *		
Accès Portail Famille	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui (si oui, adresse différente du responsable 1)
Adresse mail		
Profession		
Tél. professionnel		
Débiteur (ne cochez qu'une case) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° d'allocataire CAF ou MSA (fournir une attestation)		

* Obligatoire

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUITE

PERSONNES À CONTACTER AUTRES QUE LES PARENTS					
	1 ^{ère} personne	2 ^e personne	3 ^e personne	4 ^e personne	5 ^e personne
Nom et prénom					
Lien de parentalité ou lien avec la famille					
Commune d'habitation					
Tél. mobile*					
Tél. domicile*					
Autorisée à venir chercher l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Pour la sécurité de votre enfant, merci de signaler impérativement tout changement de coordonnées, en mettant à jour le DUI sur le Portail Familles : <https://guerande.portail-familles.app/>

DOSSIER MÉDICAL

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Ville : _____

Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) (à renouveler tous les ans) : oui non

↳ Panier repas : oui non

Traitements médicaux en cours : _____

Allergies : _____

Si besoins spécifiques de l'enfant, souhaitez-vous nous communiquer une information ? _____

Souhaitez-vous un rendez-vous à ce sujet : oui non