

# 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](mailto: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.

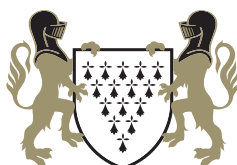
Pour chaque activité, il existe différentes modalités de réservation.



## 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](http://www.ville-guerande.fr)

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 <sup>ère</sup> personne	2 <sup>e</sup> personne	3 <sup>e</sup> personne	4 <sup>e</sup> personne	5 <sup>e</sup> 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

Traitement médical 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