



# DOSSIER D'INSCRIPTION ANNÉE 2019 / 2020

Restauration Scolaire / Périscolaire  
Accueil de Loisirs / Espace Jeunes / Séjours

Service  
Éducation-Enfance-Jeunesse

**A rendre avant le  
05 juillet 2019  
en mairie**

## RENSEIGNEMENTS ENFANTS/JEUNES


### Enfant 1 :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : M F

 : \_\_\_\_\_ (facultatif)

 : \_\_\_\_\_ (facultatif)

Ecole - Collège - Lycée fréquenté (1) : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_


### Enfant 1 :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : M F

 : \_\_\_\_\_ (facultatif)

 : \_\_\_\_\_ (facultatif)

Ecole - Collège - Lycée fréquenté (1) : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_


### Enfant 1 :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : M F

 : \_\_\_\_\_ (facultatif)

 : \_\_\_\_\_ (facultatif)

Ecole - Collège - Lycée fréquenté (1) : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

(1) Rayer la mention inutile

## RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES LÉGAUX

### Responsable légal 1 (payeur\*) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Tél domicile: \_\_\_\_\_ Tél Travail : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_

\* bénéficiaire des allocations CAF

### Responsable légal 2 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Tél domicile: \_\_\_\_\_ Tél Travail : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# PRÉINSCRIPTIONS

Réservé administration

QF: .....

Cochez les cases correspondantes :



		LUNDI			MARDI			MERCREDI			JEUDI			VENDREDI			OCCASIONNEL		
<b>Enfants<sup>1</sup> :</b>		Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Restauration Scolaire																			
Périscolaire	Matin																		
	Soir																		
Transports scolaires	Matin																		
	Midi																		
	Soir																		
Accueil de Loisirs <sup>2</sup> sans repas																			
Accueil de Loisirs avec repas																			

<b>Autres cas</b>	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Espace Jeunes			
Séjours			
C.M.J			
Accueil de Loisirs (vacances)			

<sup>1</sup> Enfants fréquentant les écoles primaires publiques de VOLVIC

<sup>2</sup> Une fiche d'inscription détaillée pour les mercredis devra être remplie et retournée à l'accueil de loisirs impérativement en début de chaque mois.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### Médecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_



### Enfant 1 :

Prénom : \_\_\_\_\_

Vaccinations à jour (fournir copie du carnet de santé) :

OUI NON

Indiquez ci-dessous les renseignements complémentaires, difficultés de santé (maladies, allergies, crises, convulsions, accidents, opérations) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Avez-vous signé un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) avec l'école ? (si oui, fournir une copie) :

OUI NON

### Enfant 2 :

Prénom : \_\_\_\_\_

Vaccinations à jour (fournir copie du carnet de santé) :

OUI NON

Indiquez ci-dessous les renseignements complémentaires, difficultés de santé (maladies, allergies, crises, convulsions, accidents, opérations) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Avez-vous signé un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) avec l'école ? (si oui, fournir une copie) :

OUI NON

### Enfant 3 :

Prénom : \_\_\_\_\_

Vaccinations à jour (fournir copie du carnet de santé) :

OUI NON

Indiquez ci-dessous les renseignements complémentaires, difficultés de santé (maladies, allergies, crises, convulsions, accidents, opérations) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Avez-vous signé un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) avec l'école ? (si oui, fournir une copie) :

OUI NON

## RENSEIGNEMENTS DIVERS

J'autorise les organisateurs et l'équipe d'animation à photographier et filmer mon ou mes enfants (ces images pourront servir à illustrer des articles ou notre site internet et notre page Facebook) :

OUI NON

J'autorise mon ou mes enfants \_\_\_\_\_ à partir seul :

OUI NON

J'autorise les services municipaux à consulter mon quotient familial via la CAF :

OUI NON

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° de mutuelle et coordonnées : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Régime Général MSA

Personnes autorisées à venir chercher mon ou mes enfants :

NOM - Prénom	Lien	Téléphone

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

- Autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.
- Autorise les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.
- M'engage à payer (ou rembourser) les frais médicaux, d'hospitalisation et divers, incombant à la famille.
- Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et avoir pris connaissance du règlement intérieur de chacune des structures auxquelles sont inscrits les enfants figurant page 1 et je m'engage à le (les) respecter.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature des représentants légaux :

## PIÈCES A FOURNIR

- ⇒ Dossier d'inscription dûment rempli et signé
- ⇒ Attestation d'assurance (faisant apparaître la responsabilité civile de l'enfant)
- ⇒ Photocopie du carnet de vaccinations
- ⇒ En cas de Projet d'Accueil Individualisé (PAI), fournir une copie
- ⇒ En cas d'indisponibilité du quotient familial CAF, fournir le dernier avis d'imposition (à défaut le tarif maxi sera appliqué)
- ⇒ En cas de divorce ou séparation, fournir la copie de l'extrait de jugement
- ⇒ En cas de garde alternée, fournir le planning si répartitions des paiements des prestations

## A VOTRE ÉCOUTE

- **Par mail** : [enfancejeunesse@ville-volvic.fr](mailto:enfancejeunesse@ville-volvic.fr)
- **Par courrier** : Mairie de Volvic,  
Service Éducation- Enfance-Jeunesse  
1 Place de la Résistance, 63530 VOLVIC
- **Par téléphone** : 04.73.33.44.94
- **Site**: [www.ville-volvic.fr](http://www.ville-volvic.fr) ou  ville de volvic

