

# DOSSIER FAMILLE

INSCRIPTIONS  
CANTINE  
&  
GARDERIE



**ATTENTION**  
*Aucun enfant ne  
pourra être accueilli  
sans inscription!*



RESPONSABLES  
LÉGAUX



NOMBRE  
D'ENFANTS



INFORMATIONS  
LÉGALES

**NOM(S) DE FAMILLE**

.....

**ANNÉE SCOLAIRE  
2025 / 2026**

ÉCOLE : .....



Dossier à déposer en Mairie  
ou par Mail : [mairie@saint-gerard-croixanvec.bzh](mailto:mairie@saint-gerard-croixanvec.bzh)  
avant le :

**4 Juillet 2025**

## RESPONSABLE LEGAL 1

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance ..... / ..... / .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Célibataire  Marié  Divorcé  Séparé  Pacsé  Veuf  Concubinage

Profession : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone personnel : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Téléphone professionnel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....

N° allocataire CAF : .....

Autorisé à récupérer l'enfant  OUI  NON

## RESPONSABLE LEGAL 2

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance ..... / ..... / .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

Célibataire  Marié  Divorcé  Séparé  Pacsé  Veuf  Concubinage

Profession : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone personnel : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Téléphone professionnel : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....

N° allocataire CAF : .....

Autorisé à récupérer l'enfant  OUI  NON

## RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À LA FACTURATION DES PRESTATIONS

Nom et prénom du redevable légal : .....  
(la facture est établie au nom du redevable légal)

Mode de garde :  conjointe  alternée  exclusive

N° allocataire CAF : .....

## AUTRES RESPONSABLES

Organisme ou personne morale : .....

Fonction : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Commune : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Mail : .....

## PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER VOTRE (VOS) ENFANTS

Nom - Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom - Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

### ENFANT 1

Ecole : .....  
Classe : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Commune : .....

#### SANTÉ

Votre enfant porte t-il :  
 Lunettes  
 Appareil dentaire / auditif  
Problème médical nécessitant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI)?  
Précisez : .....  
Allergie aux médicaments? : .....  
.....  
Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH? :  
Pour quel motif? : .....  
Date de la notification : .....

### ENFANT 2

Ecole : .....  
Classe : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Commune : .....

#### SANTÉ

Votre enfant porte t-il :  
 Lunettes  
 Appareil dentaire / auditif  
Problème médical nécessitant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI)?  
Précisez : .....  
Allergie aux médicaments? : .....  
.....  
Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH? :  
Pour quel motif? : .....  
Date de la notification : .....

### ENFANT 3

Ecole : .....  
Classe : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Commune : .....

#### SANTÉ

Votre enfant porte t-il :  
 Lunettes  
 Appareil dentaire / auditif  
Problème médical nécessitant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI)?  
Précisez : .....  
Allergie aux médicaments? : .....  
.....  
Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH? :  
Pour quel motif? : .....  
Date de la notification : .....

### ENFANT 4

Ecole : .....  
Classe : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Commune : .....

#### SANTÉ

Votre enfant porte t-il :  
 Lunettes  
 Appareil dentaire / auditif  
Problème médical nécessitant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI)?  
Précisez : .....  
Allergie aux médicaments? : .....  
.....  
Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH? :  
Pour quel motif? : .....  
Date de la notification : .....

### ENFANT 5

Ecole : .....  
Classe : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Commune : .....

#### SANTÉ

Votre enfant porte t-il :  
 Lunettes  
 Appareil dentaire / auditif  
Problème médical nécessitant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI)?  
Précisez : .....  
Allergie aux médicaments? : .....  
.....  
Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH? :  
Pour quel motif? : .....  
Date de la notification : .....

### ENFANT 6

Ecole : .....  
Classe : .....  
Nom : .....  
Prénom : .....  
 Masculin  Féminin  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Commune : .....

#### SANTÉ

Votre enfant porte t-il :  
 Lunettes  
 Appareil dentaire / auditif  
Problème médical nécessitant la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI)?  
Précisez : .....  
Allergie aux médicaments? : .....  
.....  
Votre enfant bénéficie-t-il d'un dossier MDPH? :  
Pour quel motif? : .....  
Date de la notification : .....



## COORDONNÉES MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Commune : .....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Assureur : .....

N° : .....



## AUTORISATIONS PARENTALES

Si vous ne souhaitez pas donner l'une des autorisations ci-dessous, barrez le paragraphe

### **AUTORISATION DE PUBLICATION**

J'autorise, sans limite de durée, la diffusion de l'image de notre (nos) enfant(s), à titre gratuit, pour les publications de la Ville (Magazine municipal, affiches, site internet...)

### **AUTORISATION INTERVENTIONS MÉDICALES**

J'autorise le responsable de la structure à prodiguer les premiers soins, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital par les services d'urgence.

### **AUTORISATION POUR LA PARTICIPATION DES ACTIVITÉS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités de l'école et aux activités périscolaires.

### **AUTORISATION UTILISATION DES COORDONNÉES**

J'autorise l'utilisation de mon courriel pour me communiquer des informations municipales.

## JUSTIFICATIFS À FOURNIR

**TOUT DOSSIER INCOMPLET  
SERA REFUSÉ ET RETOURNÉ**

- Dossier d'inscription dument complété et signé
- Photocopies des pages de vaccination du carnet de santé
- Formulaire du PAI
- RIB (en cas de demande de prélèvement automatique)

## ENGAGEMENT DES RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT ET DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Nous soussignés, .....

responsables légaux de(s) l'enfant(s), .....

Déclare(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur des activités scolaires et périscolaires au(x)quel(s) mon(mes) enfant(s) sera(seront) inscrit(s) et m'engage à prendre toutes les dispositions pour les respecter.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés au dossier et des documents joints.

Je m'engage à signaler tout changement d'adresse et de situation.

### **Responsable 1**

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / 20.....

Signature :

### **Responsable 2**

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / 20.....

Signature :

