

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

Dossier de réinscription

**AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES (Restauration Scolaire, Accueils Périscolaires),
AUX SERVICES EXTRASCOLAIRES (Accueils Passerelle et Jeunes)**

Mairie de MORDELLES

Pôle ÉDUCATION ENFANCE JEUNESSE

29 Avenue du Maréchal Leclerc

BP 8 – 35310 MORDELLES

Tel : 02.99.85.13.85

E-Mail : accueil@ville-mordelles.fr



	PÉRISCOLAIRE	SERVICE JEUNESSE (Accueil Passerelle et Jeunes)
FICHES A RETOURNER A LA MAIRIE OU LORS PERMANENCES		
Fiche de réinscription aux Services Périscolaires à reproduire en fonction du nombre d'enfant à inscrire	X	
Fiche Sanitaire de Liaison Enfant à reproduire en fonction du nombre d'enfant à inscrire		X
Fiche d'inscription au Service Jeunesse à partir du CM1 à reproduire en fonction du nombre d'enfant à inscrire		X
PIECES JUSTIFICATIVES A DEPOSER SUR LE PORTAIL FAMILLE		
Photocopie du carnet de vaccination		X
Attestation d'assurance responsabilité civile et couvrant les risques liés aux activités péri et extra-scolaires ;		X
Le cas échéant, une lettre des parents séparés attestant qu'ils désirent une facturation dissociée et une gestion individuelle des planning de réservation des services (préciser le planning de garde).		X
Le cas échéant, la copie de la décision du juge aux affaires familiales relative à l'autorité parentale en cas de séparation, garde alternée... ;		X
Le cas échéant, décharge parentale pour les enfants autorisés à quitter seuls les accueils	X	X
Relevé d'Identité Bancaire (RIB) si vous souhaitez mettre en place le prélèvement automatique des factures		X

Fiche de réinscription aux Services Périscolaires - ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

(Accueil du matin et du soir, restauration scolaire)

L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Établissement scolaire fréquenté : _____

Classe : _____

INSCRIPTIONS

J'inscris mon enfant à :

- L'ACCUEIL DU MATIN : Oui Non

- LA RESTAURATION SCOLAIRE : Oui Non

- L'ACCUEIL DU SOIR : Oui Non

La réservation pour les jours souhaités s'effectue à partir du Portail Famille : au minimum à la semaine avec clôture le vendredi matin à 10h30, de la semaine précédente. Elle peut être également réalisée à la quinzaine, au mois, à l'année selon vos souhaits

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil du soir Oui Non*

À partir de : ____ h ____ Jour(s) de la semaine : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

(*) renseigner directement sur le portail famille le nom des personnes, autres que les responsables légaux, autorisées à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'accueil

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

- m'engage à prendre connaissance et à accepter le Règlement Intérieur des Services Périscolaires, à mettre à jour les informations du portail famille « mon espace famille ».

Fait à

Le

Signature

Les informations personnelles recueillies dans ce document, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre enfant et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Ces informations sont enregistrées par le Pôle « Éducation » dans un fichier informatisé pour la préparation et la gestion des temps périscolaires et extrascolaire et notamment le logiciel et le portail famille BL-enfance, mis à disposition par la société Berger-Levrault, accessible depuis le site Internet de la commune. Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : Centre de Gestion d'Ille et Vilaine, 1 avenue de Tizé – CS 13600 – 35236

Fiche Sanitaire de Liaison Enfant - ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

Informations nécessaires en cas d'urgence

(remplir une fiche par enfant quel que soit le service fréquenté)

L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : Féminin Masculin

Établissement scolaire fréquenté : _____

Classe : _____

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Obligatoires (enfants nés après 2018)

Diphtérie* ____ / ____ / ____ Coqueluche ____ / ____ / ____

Tétanos* ____ / ____ / ____ Haemophilus ____ / ____ / ____

Poliomyélite* ____ / ____ / ____ Pneumocoque ____ / ____ / ____

Rougeole Oreillon Rubéole ____ / ____ / ____

(*) Rappel à 6 ans et entre 11 et 13 ans

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : _____

Taille : _____

Suit-il un traitement médical ? Oui* Non

(*) Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

TROUBLES DE SANTÉ

Allergies alimentaires : Oui* Non Précisez la cause : _____

Allergies médicamenteuses : Oui* Non Précisez la cause : _____

Allergies asthme : Oui* Non Précisez la cause : _____

Autres allergies : Oui* Non Précisez la cause : _____

(*) Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Votre enfant présent-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui Non

Précisez :

Fait-il l'objet d'un P.A.I. ? Oui Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte : des lunettes des lentilles des prothèses auditives un appareil dentaire

autres, précisez : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel: _____

PERSONNES AUTRES QUE LES RESPONSABLES LEGAUX À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

(veiller à ce que ces personnes soient les mêmes que celles que vous avez inscrites sur le portail famille)

Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications ainsi qu'à faire concorder les informations saisies sur le portail famille. En cas d'information contradictoire je certifie que les informations de la présente fiche sanitaire prévalent sur celles du portail famille.

- autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Fait à

Le

Signature

Les informations personnelles recueillies dans ce document, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre enfant et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Ces informations sont enregistrées par le Pôle « Éducation » dans un fichier informatisé pour la préparation et la gestion des temps périscolaires et extrascolaire et notamment le logiciel et le portail famille BL-enfance, mis à disposition par la société Berger-Levrault, accessible depuis le site Internet de la commune.

Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : Centre de Gestion d'Ille et Vilaine, 1 avenue de Tizé – CS 13600 – 35236 Thorigné-Fouillard cedex ou à dpd@cdg35.fr

Fiche d'inscription au Service Jeunesse - ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024
(Accueil Passerelle, Accueil Jeunes)

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Établissement scolaire fréquenté : _____

Classe : _____

INSCRIPTIONS

J'inscris mon enfant à :

L'Accueil Passerelle (pour les 10 – 13 ans ou élève du CM1 à la 5^{ème})

L'Accueil Jeunes (pour les 13 – 17 ans ou élève à partir de la 5^{ème})

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil Oui Non*

(* Si non, personne(s) autres que les responsables légaux autorisée(s) à prendre en charge mon enfant à la sortie de l'accueil

NOM : _____ Prénom : _____ Tel : _____

NOM : _____ Prénom : _____ Tel : _____

NOM : _____ Prénom : _____ Tel : _____

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé lors des activités proposées par le Service Jeunesse (expositions photos, revues municipales) :

Oui Non

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

- reconnais avoir pris connaissance et accepter le Règlement Intérieur du Service Jeunesse,
- autorise mon enfant à participer aux activités et à utiliser les transports proposés par le Service Jeunesse.

Fait à

Le

Signature

Les informations personnelles recueillies dans ce document, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre enfant et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Ces informations sont enregistrées par le Pôle « Éducation » dans un fichier informatisé pour la préparation et la gestion des temps périscolaires et extrascolaire et notamment le logiciel et le portail famille BL-enfance, mis à disposition par la société Berger-Levrault, accessible depuis le site Internet de la commune.

Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : Centre de Gestion d'Ille et Vilaine, 1 avenue de Tizé – CS 13600 – 35236 Thorigné-Fouillard cedex ou à dpd@cdg35.fr

Fiche unique de renseignements famille - ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024

(ne compléter la fiche famille que pour l'accès au service jeunesse 10-17 ans)

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1 (personne à qui sera adressée la facture)

Civilité : Madame Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Mail : _____

Qualité : Mère Père Tuteur/trice

Autre à préciser _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve)

Code postal : _____

Commune : _____

Adresse : _____

Tel. domicile : _____

Tel. portable : _____

Tel. travail : _____

RESPONSABLE 2

Civilité : Madame Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Mail : _____

Qualité : Mère Père Tuteur/trice

Autre à préciser _____

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve)

Code postal : _____

Commune : _____

Adresse : _____

Tel. domicile : _____

Tel. portable : _____

Tel. travail : _____

SI RESPONSABLE LÉGAL TIERS

Civilité : Madame Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

Mail : _____

Qualité : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Adresse : _____

Tel domicile : _____

Tel portable : _____

Tel travail : _____

RENSEIGNEMENTS ALLOCATAIRES POUR LES FAMILLES RÉSIDANT SUR LA COMMUNE

Autorisez-vous la ville de Mordelles à consulter votre quotient familial via le CDAP (consultation dossier allocataire par le partenaire) proposé par la CAF. Oui Non

Nom de l'allocataire : _____

Numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre précisez : _____

Si vous n'autorisez pas la ville de Mordelles à consulter votre quotient familial via le CDAP ou si vous n'êtes pas allocataire CAF, veuillez compléter une demande de tarification réduite.

FACTURATION

Si la facture doit être adressée à un tiers, merci de préciser Nom et adresse :

Si vous êtes concerné par la garde alternée, souhaitez-vous opter pour la facturation dissociée : Oui Non

Si oui, joindre un courrier explicatif en précisant l'organisation familiale (semaine paire, semaine impaire)

ENFANTS DU FOYER CONCERNÉS PAR UNE INSCRIPTION À NOTRE SERVICE JEUNESSE

NOM et Prénom	Établissement scolaire fréquenté	Classe

Je soussigné(e),

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications.

Fait à

Le

Signature :

Les informations personnelles recueillies dans ce document, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre enfant et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Ces informations sont enregistrées par le Pôle « Éducation » dans un fichier informatisé pour la préparation et la gestion des temps périscolaires et extrascolaire et notamment le logiciel et le portail famille BL-enfance, mis à disposition par la société Berger-Levrault, accessible depuis le site Internet de la commune.

Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : Centre de Gestion d'Ille et Vilaine, 1 avenue de Tizé – CS 13600 – 35236 Thorigné-Fouillard cedex ou à dpd@cdg35.fr