

Mon enfant :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_

**DOSSIER INITIAL D'INSCRIPTION**  
**(A COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES)**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE**

Pour simplifier l'inscription, la mise à jour du dossier de la famille est disponible en ligne, sur le portail famille : <https://www.verdun.fr/vivre-au-quotidien/enfance-jeunesse-education/portail-famille>

Vos accès personnels, si vous n'en disposez pas encore, vous sont transmis sur simple demande au service : [enfance@grandverdun.fr](mailto:enfance@grandverdun.fr) / 03.29.83.55.32

Le dépôt de ce dossier ou sa mise à jour par le portail famille est obligatoire pour l'inscription aux différentes activités périscolaires et extrascolaires, à chaque rentrée scolaire.

Dès ce dossier traité par le service, vous pourrez effectuer vos réservations pour les temps périscolaires et extrascolaires sur le portail famille ou en effectuant votre demande auprès du service Animation, Enfance et Jeunesse.

**Pièces à joindre au dossier :**

- Avis d'imposition du foyer sur les revenus **2019 sur 2018** (pour l'année scolaire 2020-2021) :
  - Couple : avis d'imposition des deux parents
  - Famille monoparentale : avis d'imposition du parent qui procède à l'inscription
- Pour un traitement efficace, toutes les pages de l'avis d'imposition doivent être transmises.
- Calendrier de garde et jugement en cas de garde alternée
- Justificatif médical en cas d'allergie ou de problème de santé

- Couple (PACS, mariage, etc.)                       Famille recomposée (parent + beau-parent)
- Famille monoparentale (parent seul)                       Famille d'accueil

## REPRESENTANTS LEGAUX

### Représentant légal n°1 (RL1) – Payeur par défaut des activités

Civilité :  Madame     Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_                      ☎ Travail : \_\_\_\_\_

✉ Adresse mail (obligatoire) : \_\_\_\_\_

### Représentant légal n°2

Civilité :  Madame     Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_                      ☎ Travail : \_\_\_\_\_

✉ Adresse mail (obligatoire différente du RL1) : \_\_\_\_\_

Est autorisé(e) à récupérer l'enfant :  OUI     NON

Autorité parentale :  OUI     NON – joindre la décision judiciaire

### Famille divorcée ou séparée

Dans le cadre d'une garde alternée, joindre impérativement :

- une copie du jugement

- un planning précis pour toute inscription à une activité (périscolaire, vacances, etc.)

### Adresse de la famille :

Numéro : \_\_\_\_\_ Complément (bâtiment, appartement) : \_\_\_\_\_

Voie : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PAIEMENT

### Allocataire des prestations familiales :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Organisme :  CAF      Numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

MSA      Numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfant(s) à charge : \_\_\_\_\_

**Pour les accueils de loisirs extrascolaires (vacances), joindre les Aides aux Temps Libres CAF  
ou tout autre justificatif de prise en charge à l'inscription**

### Payeur : (**Si différent** du RL1 – joindre l'attestation de prise en charge)

Organisme       Personne

Nom de l'organisme / personne : \_\_\_\_\_

#### **Adresse :**

Numéro : \_\_\_\_\_ Complément (bâtiment, appartement) : \_\_\_\_\_

Voie : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### Mon enfant est accueilli en famille d'accueil :      OUI – Compléter les informations

Civilité :  Madame  Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

#### **Adresse :**

Numéro : \_\_\_\_\_ Complément (bâtiment, appartement) : \_\_\_\_\_

Voie : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : \_\_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_\_

✉ Adresse mail: \_\_\_\_\_

**PERSONNES DE CONFIANCE**  
**AUTRES QUE LES REPRESENTANTS LEGAUX**

*Les personnes de confiance sont les personnes autorisées à récupérer l'enfant à l'issue des temps d'accueil, ou à être appelées en cas d'urgence.*

**Personne de confiance n°1**

Civilité :  Madame  Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec mon enfant : \_\_\_\_\_

 Domicile : \_\_\_\_\_

 Portable : \_\_\_\_\_

**Personne de confiance n°2**

Civilité :  Madame  Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec mon enfant : \_\_\_\_\_

 Domicile : \_\_\_\_\_

 Portable : \_\_\_\_\_

**Personne de confiance n°3**

Civilité :  Madame  Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec mon enfant : \_\_\_\_\_

 Domicile : \_\_\_\_\_

 Portable : \_\_\_\_\_

**TOUT CHANGEMENT (Coordonnées, personne, etc.) DOIT ÊTRE :**

**- MODIFIE PAR LE BIAIS DU PORTAIL FAMILLE**

**- SIGNALE AU SERVICE ANIMATION, ENFANCE ET JEUNESSE**

## IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Scolarité :     Maternelle – classe : \_\_\_\_\_     Élémentaire – classe : \_\_\_\_\_

Ecole :         CAGV<sup>1</sup> – école : \_\_\_\_\_     Hors CAGV

## AUTORISATIONS

**J'autorise mon enfant :**

	OUI	NON
A rentrer seul à l'issue des temps d'accueil de loisirs (enfants âgés de plus de 6 ans)		
A rentrer seul à la descente du bus (enfants âgés de plus de 6 ans)		
A être pris en photo ou vidéo dans le cadre des animations. Ces images sont susceptibles d'être utilisées pour des supports de communication internes à la Communauté d'Agglomération du Grand Verdun (hors réseaux sociaux)		

## COMMUNICATION

Les services de la Communauté d'Agglomération du Grand Verdun peuvent transmettre par mail ou SMS des informations concernant l'activité des accueils, les campagnes d'inscriptions, les transports scolaires, etc. Cette utilisation est limitée et exclusivement interne à la collectivité. En aucun cas les coordonnées des familles ne sont transmises à des tiers.

J'accepte :

- De recevoir des courriels
- De recevoir des SMS

## REGLEMENT INTERIEUR

Dans le cadre de la fréquentation des accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires et des services de transports scolaires, j'atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs et m'engage à les respecter et à les faire respecter par mon enfant.

<sup>1</sup> CAGV = Communauté d'Agglomération du Grand Verdun

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### Médecin traitant :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Précautions d'accueil :

Mon enfant porte :

des lentilles    des lunettes    des prothèses auditives    des prothèses dentaires

autre : \_\_\_\_\_

Mon enfant a un régime alimentaire particulier :

Végétarien (sans viande ni poisson)    Végétalien (sans aliment produit par un animal)

Sans porc    Sans poisson

Sans viande

**Tout régime alimentaire pour raisons médicales (allergie, intolérance, etc.), doit être justifié par un Projet d'Accueil Individualisé ou un justificatif médical**

Est accompagné sur le temps scolaire d'un Assistant de Vie Scolaire

### Renseignements médicaux concernant mon enfant :

Mon enfant a :

Une allergie alimentaire : \_\_\_\_\_

Une allergie médicamenteuse : \_\_\_\_\_

Une allergie autre : \_\_\_\_\_

Précisez les causes de l'allergie ainsi que la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En cas de prise de médicaments sur le temps d'accueil de loisirs, joindre impérativement :

- une ordonnance récente

- les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation

Autres difficultés de santé (maladie, accident, opération, etc.) en précisant les dates et les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VACCINATIONS

Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont obligatoires avant l'âge de 2 ans pour les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018.

**Mon enfant doit obligatoirement être à jour de ses vaccins pour être accueilli en collectivité.**

- Mon enfant est né avant 2018 : DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)
- Mon enfant est né à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 : 11 vaccins

**Joindre obligatoirement :**

- Les pages vaccination de son carnet de santé

- OU tout document du professionnel de santé attestant de la réalisation des vaccins

Si vous ne pouvez transmettre ces éléments de manière dématérialisée, il convient de compléter précisément les éléments ci-dessous, en vous référant au carnet de santé de votre enfant.

Enfants nés avant 2018	Enfants nés après le 01.01.2018	Type de Vaccin	Date du dernier rappel
X	X	Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite	
	X	BCG – monotest	
	X	Haemophilus Influenzae b	
	X	Hépatite B	
	X	Méningocoque C	
	X	Pneumocoque	
	X	Rougeole Oreillons Rubéole	
	X	Varicelle	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier, en vue de l'inscription aux accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires de mon enfant.

Fait à : \_\_\_\_\_

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

Signature(s) du(des) responsable(s) :

## FORMULAIRE DE DECLARATION D'UNE GARDE ALTERNEE

Je soussigné(e) NOM PRENOM : \_\_\_\_\_,

responsable légal de l'enfant NOM PRENOM : \_\_\_\_\_,

atteste sur l'honneur avoir la garde de l'enfant comme indiqué sur le planning ci-dessous :

### **SEMAINES SCOLAIRES**

Vous avez la garde du / de vos enfant/s les semaines :

IMPAIRES (1<sup>ère</sup>, 3<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> semaines du mois)

LE WEEK-END

PAIRES (2<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> semaines du mois)

AUTRE : \_\_\_\_\_

La transition s'effectue le:

LUNDI MATIN

PENDANT LE WEEK-END

VENDREDI SOIR

AUTRE : \_\_\_\_\_

En fonction des éléments renseignés, le planning de réservation des activités périscolaires et extrascolaires sera saisi pour que vous puissiez enregistrer tous vos besoins pour votre/vos enfant/s lorsqu'il/s réside/nt chez vous.

### **VACANCES SCOLAIRES**

Cochez les cases correspondant aux semaines de garde

PERIODE	SEMAINE 1	SEMAINE 2	SEMAINE 3	SEMAINE 4
AUTOMNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HIVER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FEVRIER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
AVRIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
JUILLET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AOÛT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informations complémentaires :

---

---