



DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS RESTAURATION SCOLAIRE – ACCUEILS PERISCOLAIRES – CLSH

1^{ère} inscription Renouvellement

Nom de famille : _____

Adresse : _____

N° téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Situation familiale :

Célibataire - Pacsé(e) - Vie maritale - Marié(e) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge : _____ N° Allocataire CAF (obligatoire) : _____

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Prélèvement automatique : oui non

Pour une 1^{ère} inscription, si oui, veuillez remplir le formulaire d'autorisation. Si renouvellement de dossier, ne remplir le formulaire qu'en cas de changement de coordonnées bancaires.

Père	Mère
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Lieu de travail : _____	Lieu de travail : _____
Téléphone pro : _____	Téléphone pro : _____
Mobile : _____	Mobile : _____

Pour les couples séparés, la garde de l'enfant est attribuée à :

Mère Père Grands-parents Tuteur
 Alternée d'une semaine Alternée week-end et vacances Autre

Coordonnées du parent n'ayant pas la garde :

Nom : _____ Prénom : _____
 Tél. domicile : _____ Mobile : _____
 Adresse : _____

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT
(en cas d'absence des parents)

Nom	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de famille

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
(en cas d'absence des parents)

Nom	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de famille

Cadre réservé à l'administration :

Aide au Temps Libre : oui non

Critères Admission : Résident Scolarisé Grands-parents Rés. secondaire Autre

1^{er} Enfant

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ A : _____

Etablissement scolaire : _____ Classe : _____ Bilingue :
(Public ou privé)**Demande d'inscription** **Restauration scolaire :** *Système choisi :* Forfait mensuel A l'unité **Accueil périscolaire (garderie) :** *Système choisi :* Forfait mensuel A l'unité **Accueil de loisirs Mouriscot :** OUI – NON Baignade autorisée : OUI – NON Autorisé à rentrer seul : OUI – NON **2^{ème} Enfant**

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ A : _____

Etablissement scolaire : _____ Classe : _____ Bilingue :
(Public ou privé)**Demande d'inscription** **Restauration scolaire :** *Système choisi :* Forfait mensuel A l'unité **Accueil périscolaire (garderie) :** *Système choisi :* Forfait mensuel A l'unité **Accueil de loisirs Mouriscot :** OUI – NON Baignade autorisée : OUI – NON Autorisé à rentrer seul : OUI – NON **3^{ème} Enfant**

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ A : _____

Etablissement scolaire : _____ Classe : _____ Bilingue :
(Public ou privé)**Demande d'inscription** **Restauration scolaire :** *Système choisi :* Forfait mensuel A l'unité **Accueil périscolaire (garderie) :** *Système choisi :* Forfait mensuel A l'unité **Accueil de loisirs Mouriscot :** OUI – NON Baignade autorisée : OUI – NON Autorisé à rentrer seul : OUI – NON **4^{ème} Enfant**

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ A : _____

Etablissement scolaire : _____ Classe : _____ Bilingue :
(Public ou privé)**Demande d'inscription** **Restauration scolaire :** *Système choisi :* Forfait mensuel A l'unité **Accueil périscolaire (garderie) :** *Système choisi :* Forfait mensuel A l'unité **Accueil de loisirs Mouriscot :** OUI – NON Baignade autorisée : OUI – NON Autorisé à rentrer seul : OUI – NON

Attestations

Je soussigné, père, mère, tuteur (1) :

Déclare :

- Inscrire mon (mes) enfant(s) cité(s) précédemment
 - à l'accueil périscolaire,
 - à la restauration scolaire,
 - au Centre de Loisirs Mouriscot

et l'autorise à pratiquer l'ensemble des activités proposées à l'exception de :

- Être titulaire d'une assurance scolaire et extrascolaire garantissant la responsabilité civile et individuelle contre les accidents.
- Accepter les règlements intérieurs des trois structures et les conditions énoncées ci-après :
 - 1 - La Direction des Affaires Scolaires et de la Jeunesse s'autorise à apporter des modifications ou à annuler des programmes, en fonction des circonstances,
 - 2 - Compte tenu de la responsabilité des agents municipaux relative à la sécurité des usagers et à leurs rôles éducatifs, la Direction des Affaires Scolaires et de la Jeunesse pourra prendre toute mesure qu'elle jugera nécessaire, à l'encontre d'un enfant dont le comportement mettrait en danger autrui ou porterait atteinte à la moralité et aux règles élémentaires de politesse et de respect.

J'autorise les responsables des Services des Affaires Scolaires et de la Jeunesse :

- à prendre toutes les dispositions nécessaires pour la santé ou la sécurité de mon enfant,
- à faire transporter mon enfant à l'Hôpital de Bayonne en cas d'urgence. Dans le cas contraire, précisez la clinique souhaitée : _____
- à faire soigner mon (mes) enfants et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions médicales.
- à filmer ou à photographier mon enfant dans le cadre des activités développées au Centre de Loisirs et à l'école,
- à reproduire, représenter, publier, diffuser ou exploiter librement les images ainsi réalisées, dans le cadre de leurs activités habituelles de diffusion audiovisuelles ou éditoriales.

Fait à : _____ le _____

Signature du Responsable légal

(1) Rayer les mentions inutiles

Documents à fournir obligatoirement

- Un justificatif de domicile des parents ou grands-parents (facture EDF, Téléphone, quittance de loyer.....)
- Une attestation d'assurance scolaire et extrascolaire de votre/vos enfants (l'attestation de la MAE est valable, uniquement si vous avez opté pour la formule supérieure (FSUP))
- Deux photos pour chaque enfant (préciser au dos nom et prénom)
- L'imprimé d'autorisation et de demande de prélèvement bancaire, avec un relevé d'identité bancaire, pour toute nouvelle inscription (*pour les parents qui choisissent ce mode de règlement*)
- Le certificat médical dûment rempli et signé par le médecin.

A rajouter, pour les enfants inscrits au CLSH :

- Pour les non-résidents Biarritz/Bidart, un certificat de scolarité à Biarritz
- Pour les résidents Biarritz/Bidart, le dernier avis d'imposition / non-imposition, ou le justificatif de "l'Aide au Temps Libre" de la CAF si vous en êtes bénéficiaire.

Certificat médical

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie que l'enfant **Nom** : _____ **Prénom** : _____

- Est à jour de ses vaccinations
- Est apte à la vie en collectivité
- Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, y compris les activités nautiques et aquatiques, excepté: _____
- Ne présente actuellement aucun signe d'affections contagieuses.

Nombre de cases cochées

Observations médicales particulières : allergies, intolérance, régime alimentaire, traitement médical, maladie... : _____

Cachet et signature du praticien (obligatoire) Fait à _____ le _____

Certificat médical

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie que l'enfant **Nom** : _____ **Prénom** : _____

- Est à jour de ses vaccinations
- Est apte à la vie en collectivité
- Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives, y compris les activités nautiques et aquatiques, excepté: _____
- Ne présente actuellement aucun signe d'affections contagieuses.

Nombre de cases cochées

Observations médicales particulières : allergies, intolérance, régime alimentaire, traitement médical, maladie... : _____

Cachet et signature du praticien (obligatoire) Fait à _____ le _____