

Pour une première inscription à l'un des services d'accueil de la Ville, la famille doit remettre un dossier constitué des pièces suivantes. Contacter le directeur de l'accueil pour le retrait et le dépôt du dossier : Michael SULTAN, 0688202447. Il est possible d'envoyer les documents scannés à [enfancejeunesse@saintnazaire.eu](mailto:enfancejeunesse@saintnazaire.eu)

<p><input type="checkbox"/> <b>Fiche de renseignements</b></p> <p><b>Document Obligatoire</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Photocopie des pages « vaccinations et maladies contagieuses » du carnet de santé.</b></p> <p><b>Document Obligatoire</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile scolaire et extrascolaire en cours de validité.</b></p> <p><b>Document Obligatoire</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Formulaire de prélèvement automatique + RIB</b></p> <p><b>Document Optionnel</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> <b>Justificatif de domicile</b></p> <p>Document obligatoire uniquement si l'enfant est non scolarisé à Saint-nazaire et que son adresse est différente de l'adresse indiquée sur l'attestation d'assurance</p> <p><b>Document Obligatoire dans certains cas</b></p>	



Cadre réservé à l'administration : QF <input type="checkbox"/> Ass <input type="checkbox"/> Va <input type="checkbox"/> San <input type="checkbox"/> Sco <input type="checkbox"/> Coo <input type="checkbox"/> Tab	<b>Fiche de renseignements</b> <b>ACCUEIL DE LOISIRS PÉRI ET EXTRASCOLAIRE</b>  <b>RESTAURANT SCOLAIRE</b> <b>POINT-JEUNES</b>	PHOTO
--	---	-------

**Documents à joindre obligatoirement**  
**Copie des pages vaccination et maladies contagieuses du carnet de santé**  
**Attestation d'assurance scolaire responsabilité civile**

**ENFANT** - un seul enfant par fiche -

NOM et Prénom de L'ENFANT	CLASSE	AGE	DATE DE NAISSANCE
			...../...../.....

Etablissement scolaire :  Maternelle Les Mouettes  Elémentaire Charles Renouvier  Autre, préciser : .....

Point jeunes 11-17 ans : téléphone portable du jeune : .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

E-MAIL - écrire lisiblement SVP - : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir des informations par mail du service enfance et jeunesse [enfancejeunesse@saintnazaire.eu](mailto:enfancejeunesse@saintnazaire.eu) :  oui  non

	PARENT1 (ou Tuteur)	PARENT2 (ou Tuteur)
NOM/PRENOM		
ADRESSE		
PROFESSION		
TEL DOMICILE		
TEL PORTABLE		

Situation familiale  Mariés ou PACsés  Union Libre  séparés  divorcés  Veuf(ve)

\* joindre l'extrait de jugement de divorce et préciser les périodes en cas de garde alternée.

**FACTURATION** - remplir cette partie pour bénéficier de réductions tarifaires -

CAF, n° d'allocataire : .....  MSA, n° Sécurité Sociale : .....

Autre régime, préciser : .....

Nombre total d'enfants de la même famille fréquentant l'accueil de loisirs / le restaurant scolaire / le point-jeunes : ....

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT**

NOM PRENOM	LIEN DE PARENTE (Grand-mère...)	NUMERO DE TEL

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : [enfancejeunesse@saintnazaire.eu](mailto:enfancejeunesse@saintnazaire.eu)

## SANTE

VACCINS : Se référer au carnet de santé de votre enfant et au calendrier vaccinal page suivante  
SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Obligatoires pour tous	Date du dernier rappel	Obligatoires pour les enfants nés après le 1 <sup>er</sup> janvier 2018 et recommandés pour tous	Date du dernier rappel
Diphtérie		Rubéole-Oreillons-Rougeole (R.O.R.)	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Haemophilus	
<b>Non obligatoires mais recommandés pour tous</b>		Pneumocoque	
BCG		Méningocoque	
Autre		Hépatite B	

Nom du **médecin traitant** : ..... Tél : .....

Votre enfant présente-t-il des **troubles de la santé** ? OUI  NON  Si oui, lesquels ?

.....

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (**Projet d'Accueil Individualisé**) ? OUI  NON

Si oui, veuillez joindre une copie du PAI et prendre contact avec le ou la responsable du centre de loisirs.

Votre enfant est-il **en situation de handicap** ? OUI  NON

Si oui, veuillez joindre une copie de l'attestation de la MDPH et prendre contact avec le ou la responsable du centre de loisirs.

Repas :  sans porc

## AUTORISATIONS

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

**Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique de l'accueil de loisirs téléchargeables sur le site internet de la Mairie [www.saint-nazaire-en-roussillon.fr](http://www.saint-nazaire-en-roussillon.fr) . Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et à utiliser les moyens de transport prévus par l'accueil de loisirs. Autorise le responsable de l'accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

- J'autorise mon enfant à participer aux activités nautiques et de baignade :  oui  non
- Mon enfant sait nager :  non  oui, au moins 25 mètres  oui, au moins 50 mètres
- J'autorise mon enfant à être pris en photo et filmé, dans le cadre des activités pratiquées à l'accueil de loisirs (exposition et site internet de la mairie, article de presse) :  oui  non
- Point-jeunes 11-17 ans : J'autorise mon enfant à rentrer seul :  
 non  oui, quand il le souhaite  oui, mais uniquement à l'heure de fermeture.

**Date et Signature :**

# Mairie de Saint Nazaire

Adresse postale : Place de la République. 66570 Saint Nazaire.

Tél. 04 68 73 62 62. Mail : [accueil@saintnazaire.eu](mailto:accueil@saintnazaire.eu)

## LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Un mode de paiement simple, pratique et sûr,

Il vous suffit de compléter la demande et l'autorisation de prélèvement ci-jointe, d'y joindre un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne et d'adresser le tout, daté et signé, à la Mairie de Saint Nazaire.

## DEMANDE DE PRELEVEMENT

Je choisis le prélèvement automatique pour le règlement au forfait de mes factures « de cantine et garderie ».

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier, en temps voulu, à la Mairie de Saint Nazaire.

### REFERENCES PAYEUR

NOM .....

PRENOM .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

DATE : .....

SIGNATURE :

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements des factures de cantine et garderie dues à la Commune de Saint Nazaire. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec la Mairie de Saint Nazaire.

N° NATIONAL EMETTEUR

**5 2 6 5 3 5**

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

DESIGNATION DU CREANCIER

TRESOR PUBLIC

Place de la Résistance, BP 9  
66241 SAINT - ESTEVE

**IBAN** DU COMPTE A DEBITER



**BIC** DU COMPTE A DEBITER

\_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

Nom : .....

Adresse : .....

DATE : .....

Signature du titulaire du compte à débiter :