

Adresse mail envoi des documents : [jeunesse@lachapellesurordre.fr](mailto:jeunesse@lachapellesurordre.fr)

**INSCRIPTIONS ACCUEILS DE LOISIRS**  
**DOCUMENTS A FOURNIR**

- Fiche famille
- Fiche d'inscription année scolaire
- Attestation CAF indiquant votre numéro allocataire CAF Loire-Atlantique ou attestation MSA indiquant le montant de votre quotient familial ou à défaut une copie de l'avis d'imposition (N-1) sur le revenu.
- Justificatif de domicile de moins de trois mois.
- Copie du livret de famille
- Copie des vaccinations du carnet de santé
- Mandat SEPA dûment complété et signé accompagné d'un RIB si vous optez pour le mode de règlement par prélèvement automatique.

En cas de droit de garde ou d'autorité parentale restreint, la restriction devra être clairement exprimée, et justifiée par la photocopie du jugement.

**Pour les enfants inscrits à l'école St Michel :**

- Attestation d'inscription à l'école et niveau de la classe.

**DIRECTION ANIMATION**

BP. 4409 – 44244 LA CHAPELLE sur ERDRE Cedex

ACTION SCOLAIRE ☎ 02 51 81 87 18 ou 19 - JEUNESSE ☎ 02 51 81 87 23 - PETITÉ ENFANCE ☎ 02 40 29 73 36

# FICHE FAMILLE

(cette fiche de renseignements ne dispense pas d'une inscription spécifique dans chacune des activités fréquentées)

Nom et prénoms du père : \_\_\_\_\_

Nom et prénoms de la mère : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

☎ domicile : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

☎ portable père: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

☎ portable mère: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

adresse email : .....@.....

Employeur du père : \_\_\_\_\_ ☎ : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Employeur de la mère : \_\_\_\_\_ ☎ : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom et adresse du représentant légal (si différents des parents) : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

NOM et prénom des enfants	Date de naissance	Sexe

**Régime social :**

Régime général ou autres  pour les allocataires CAF N° \_\_\_\_\_ Lettre \_\_\_\_\_

Régime Agricole  N° \_\_\_\_\_



**Cadre réservé à l'administration**

Dossier arrivé le : \_\_/\_\_/\_\_ Enregistré le \_\_/\_\_/\_\_

Par : \_\_\_\_\_

**INSCRIPTIONS ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024**

Nom – Prénom : .....

École : .....

Date de naissance : ..... /..... /.....

Classe au 1er septembre 2023: .....

Lieu de naissance : .....

Nom – adresse Assurance : ..... - Numéro police : .....

**REPRÉSENTANT LÉGAUX**

**REPRÉSENTANT 1 :**  Mère  Père  
*Allocataire CAF ou MSA*

**REPRÉSENTANT 2 :**  Mère  Père

Nom – Prénom : .....

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse (si différente) : .....

Téléphone(s) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
                          \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
                          \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

@ : .....

@ : .....

**Allocataire :**  CAF  MSA

N° CAF ou MSA : .....

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

Personnes autorisées à être contactées et/ou à venir chercher l'enfant sur les temps péri et extra scolaire, **en dehors des représentants légaux** (3 personnes maximum)

Nom / Prénom	Lien avec l'enfant	téléphone	Être appelé(e)	Venir chercher
.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Attention :** Les parents, même séparés, sont supposés exercer conjointement l'autorité parentale. En cas de séparation des parents, les deux parents sont donc indiqués comme étant à prévenir en cas d'urgence et autorisés à venir chercher l'enfant.

En cas de droit de garde ou d'autorité parentale restreint, la restriction devra **être clairement exprimée, et justifiée par la photocopie du jugement.**

## ÉTAT DE VACCINATIONS DE L'ENFANT

Je soussigné, .....

Représentant légal de l'enfant ....., déclare que celui-ci est à jour de ses vaccinations conformément à la réglementation.

### PATHOLOGIE, MALADIE, ALLERGIES, PROTOCOLE D'ACCUEIL

Un P.A.I. est-il mis en place pour votre enfant :  oui  non  en cours

	Pathologie	Préciser
1	Allergie Alimentaire	
2	Allergie autre	
3	Affection, pathologie ou maladie particulière	
4	Autre information à signaler (ex : prothèses, alimentation...)	

**Si votre enfant présente une allergie alimentaire / asthme ou autre, et qu'une prise de traitement est nécessaire** sur les temps scolaires, accueil périscolaire, accueil de loisirs et restauration, un **Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** doit être signé sous la responsabilité du médecin scolaire ou du médecin de P.M.I., entre les parents, le Directeur de l'école et Monsieur le Maire.

**Un certificat médical est indispensable pour toute mise en place d'un P.A.I.  
Le P.A.I. devra être renouvelé pour chaque année scolaire  
auprès de la Direction de l'école de votre enfant**

### MODE DE PAIEMENT

Prélèvement bancaire :  oui  non

Si oui, s'agit-il :  d'un renouvellement  d'une première demande (\*)  d'un changement de compte (\*)

(\*) Merci de compléter le « Mandat de prélèvement SEPA », accompagné d'un RIB

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

- Atteste l'exactitude des renseignements portés dans la présente fiche et autorise les personnels municipaux à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant ;
- Autorise les services de la Ville de La Chapelle-sur-Erdre à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique afin d'utiliser éventuellement les supports municipaux d'information et de communication (magazine, sites Internet de la Ville...)  oui  non
- Pour les familles allocataires C.A.F. de la Loire Atlantique :  
Autorise les services de la Ville à accéder et retenir les revenus indiqués sur le site professionnel mis à disposition par la C.A.F.  oui  non
- Je m'engage à signaler tout changement éventuel qu'il soit d'ordre administratif ou qu'il concerne la santé de mon enfant à la Direction de l'Animation.

Pour toute demande de départ anticipé ou en autonomie de votre enfant, veuillez-vous rapprocher du Directeur de la Structure.

Fait à :

Le :

Signature :

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Mairie de La Chapelle-sur-Erdre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de La Chapelle-sur-Erdre.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :  
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

**FR 59 ZZZ 480941**

## DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

## DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : Mairie de La Chapelle-sur-Erdre

Adresse : rue Olivier de Sesmaisons

Code postal : 44240

Ville : LA CHAPELLE-SUR-ERDRE

Pays : FRANCE

## DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

Nom du tiers débiteur :

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE** (au format IBAN BIC)

**Rappel :**

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de La Chapelle-sur-Erdre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Mairie de la Chapelle-sur-Erdre.