



Mairie d'Écouflant
Place de la Mairie
49000 Écouflant
T. 02 41 41 10 00
www.ecouflant.fr

ECOLE OU GROUPE SCOLAIRE

Cadre réservé au service

Reçu le : / /

Dossier complet :

Dossier enregistré :

ENFANT(S)

Nom Prénom Niveau.....

Nom Prénom Niveau.....

Nom Prénom Niveau.....

Nom Prénom Niveau.....

ANNÉE SCOLAIRE 2024- 2025

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS ENFANCE

Représentants légaux

PÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

CONTACT (obligatoire) : *

@ :

☎ domicile :

☎ mobile :

☎ professionnel :

parent payeur et destinataire facture

Profession :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

CONTACT (obligatoire) : *

@ :

☎ domicile :

☎ mobile :

☎ professionnel :

parent payeur et destinataire facture

Profession :

*La Commune privilégie la communication par courrier électronique.

Pour les parents séparés ou divorcés, merci de joindre une copie de l'extrait de jugement de divorce ou de rupture de PACS et un calendrier pour les paiements (semaines paires/impaires) ainsi que le planning de la garde alternée.

Contacts de la famille

Nom Prénom	Lien avec les enfants	Tél. Domicile	Tél. Mobile	Autorisé à venir chercher le ou les enfants	A prévenir en cas d'urgence

Durant l'année scolaire, mes besoins seront les suivants :

Attention cette démarche ne vaut pas inscription ni réservation

Services	Enfant1 :	Enfant 2 :	Enfant 3 :	Enfant 4 :
Restauration	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accueil périscolaire matin (7h30-8h20)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accueil périscolaire soir(16h15-18h30)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aide aux devoirs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accueil de loisirs Mercredis (3-11 ans)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accueil de loisirs Vacances (3-11 ans)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ORGANISME D’AFFILIATION

C.A.F. DE MAINE-ET-LOIRE

Nom allocataire :

N° d’allocataire :

Quotient familial :

Fournir un justificatif du quotient familial de moins de 2 mois

M.S.A. DE MAINE-ET-LOIRE

Nom allocataire :

N° d’allocataire :

Quotient familial :

RÈGLEMENT DES FACTURES

J’opte pour le prélèvement automatique (remplir l’imprimé joint et fournir un RIB)

Je souhaite régler mes factures via l’espace famille rubrique « mes factures »

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Allergies, problèmes de santé ou handicap

Merci de bien vouloir également préciser ces renseignements sur la fiche sanitaire de liaison.

Votre ou vos enfant(s) NOM – Prénom	PAI*	Précisions régimes alimentaires			Allergies (préciser)
		Sans porc	Sans Viande	Autres (préciser)	

* Joindre un certificat médical de moins de trois mois

AUTORISATIONS

Je soussigné.....(représentant légal 1)

Je soussigné.....(représentant légal 2)

Autorise mon/mes enfant(s) à sortir seul(s) :

NOM – Prénom de votre(vos) enfant(s)	Après l'école	Après l'accueil périscolaire	Après l'accueil de loisirs (Sablières)	Après les ASCL
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorise les services concernés à photographier et/ou filmer mon(mes) enfant(s) et à en faire la parution sur différents supports municipaux (site internet, Facebook, Instagram, plaquettes, Confluences, etc.)

Oui Non

Autorise Mon(mes) enfant(s) à utiliser les différents moyens de transport pour les activités péri & extra scolaires (navette, car, minibus...)

Oui Non

J'atteste avoir pris connaissance de l'utilisation des données conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et les autoriser - (cf. Article 9 du règlement intérieur)

Oui Non

Signature des représentants légaux

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES ENFANCE JEUNESSE 2024-2025

**Un seul dossier par famille à retourner en mairie,
accompagné des pièces suivantes :**

- Justificatif du Quotient Familial (QF) datant de moins de 2 mois
- Copie du livret de famille
- Fiche sanitaire de liaison (une par enfant)
- Copie du carnet de santé (pages vaccinations uniquement)

Si mise en place d'un Protocole d'Aide Individualisé :

- Certificat médical datant de moins de 3 mois
- Attestation d'assurance extrascolaire mentionnant la couverture responsabilité civile
- Si vous optez pour le prélèvement automatique :*
- Imprimé prélèvement + RIB (Même si vous étiez en prélèvement l'année précédente, vous devez fournir à nouveau un RIB pour que le prélèvement soit maintenu)

Rendez-vous sur le site Internet www.ecouflant.fr

Pôle Enfance

Contact : Richter Bérengère
tél : 02 41 41 10 00

Mail : poleenfance@ecouflant.fr

