



Mairie d'Écouflant  
Place de la Mairie  
49000 Écouflant  
T. 02 41 41 10 00  
[www.ecouflant.fr](http://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.....

**À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT**

**AVANT LE 17 juillet 2020**

## ANNÉE SCOLAIRE 2020 - 2021

### DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS ENFANCE-JEUNESSE

#### 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

## Restauration scolaire – À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2020

Votre ou vos enfant(s)		FREQUENTATION					Réservation selon les besoins
		Besoin annuel				Occasionnel*	
NOM - Prénom	Date du 1 <sup>er</sup> repas	Cocher le(s) jour(s) de fréquentation					Occasionnel*
		Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi		

\*Si votre enfant doit manger de façon occasionnelle, merci d'indiquer la période (ex : tous les 15 jours...)

## Accueil périscolaire – À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2020

Votre ou vos enfant(s)		FRÉQUENTATION								Réservation selon les besoins
		Régulière : cocher le(s) jour(s) de fréquentation								
NOM - Prénom		Lundi		Mardi			Jeudi		Vendredi	
		Matin	Soir	Matin	Soir		Matin	Soir	Matin	Soir

Merci de préciser vos besoins :

Matin :  7h30-8h00     8h00-8h30

Soir :  16h30-17h00     17h00-17h30     17h30-18h00     18h00-18h30

## Aide aux devoirs – À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2020

Votre ou vos enfant(s)		FRÉQUENTATION			
		cocher le(s) jour(s) de fréquentation*			
NOM - Prénom		Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

\* L'inscription à l'aide aux devoirs se fait pour l'année scolaire.

**Accueil de loisirs Les Sablières – À partir du 2 septembre 2020**

<b>Votre ou vos enfant(s)</b>	<b>BESOINS PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES</b>	
<b>NOM – Prénom</b>	<b>Petites vacances scolaires</b>	<b>Grandes vacances scolaires</b>

**Animations sportives, culturelles et de loisirs - Vacances scolaires**

<b>Votre ou vos enfant(s)</b>	<b>BESOINS</b>	
<b>NOM – Prénom</b>	<b>Petites vacances scolaires</b>	<b>Grandes vacances scolaires</b>

**Planet D'Jeun's – à partir de 13 ans Année scolaire et vacances scolaires**

<b>Votre ou vos enfant(s)</b>	<b>Adhésion 5€</b>
<b>NOM – Prénom</b>	

➔ Retrouvez toutes les modalités de fonctionnement  
sur : [www.ecouflant.fr](http://www.ecouflant.fr) rubrique « Enfance »

## 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)

➔ **Les inscriptions seront prises en compte quand le dossier complet sera remis, dûment complété et signé.**

Merci de respecter le délai de remise mentionné en page 1.

Fait à ECOUFLANT, le ..... / ..... / .....

Signature des représentants légaux

Monsieur ....., Madame .....

## AUTORISATIONS

Je soussigné.....(représentants légaux)

autorisent

Votre ou vos enfant(s)  NOM – Prénom	à partir seul(s)									
	Après l'école*				Après l'accueil périscolaire*					de l'ALSH Les Sablières*
	Lun	Mar	Jeu	Ven	Lun	Mar	Jeu	Ven		
										<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

\* cochez la(les) case(s) correspondante(s)

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, Skype, Instagram, plaquettes, Confluences,...)

Oui  Non

La communication de mes coordonnées aux associations de parents d'élèves :

Oui  Non

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

Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Allergies, problème 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		
		Sans porc	Sans Viande	Autres (préciser)

\* Joindre un certificat médical de moins de trois mois

certifie(nt) avoir pris connaissance et accepter des règlements intérieurs.

Signature des représentants légaux