



MAIRIE DE BRAINS

# ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

*A retourner en  
Mairie avant le  
30 juin 2019*



## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION Service Enfance

FAMILLE : .....

ECOLE : Jules Verne  Sainte-Anne  Autre

INSCRIPTION : Accueil périscolaire

Restaurant scolaire

Accueil de Loisirs

*Tout dossier incomplet ne sera pas validé !*

## REPRESENTANTS LEGAUX

PARENT 1	PARENT 2
NOM.....	NOM.....
Prénom.....	Prénom.....
Adresse.....	Adresse .....
.....	.....
Domicile .....	Domicile .....
Portable.....	Portable.....
Travail .....	Travail .....
Quotient Familial : .....	Quotient Familial : .....
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF ou MSA, N°.....	<input type="checkbox"/> Allocataire CAF ou MSA, N°.....
<input type="checkbox"/> Non allocataire	<input type="checkbox"/> Non allocataire
<u>Mode de règlement</u>	<u>Mode de règlement</u>
<input type="checkbox"/> Chèque (à l'ordre de la Trésorerie de Vertou)	<input type="checkbox"/> Chèque (à l'ordre de la Trésorerie de Vertou)
<input type="checkbox"/> Chèques Césu APS	<input type="checkbox"/> Chèques Césu APS
<input type="checkbox"/> Chèques Césu ALSH (vacances scolaires)	<input type="checkbox"/> Chèques Césu ALSH (vacances scolaires)
<input type="checkbox"/> Chèques vacances ALSH (vacances scolaires)	<input type="checkbox"/> Chèques vacances ALSH (vacances scolaires)
<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique	<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique
<u>En cas de séparation, préciser la semaine de facturation</u>	
<input type="checkbox"/> Semaine paire	<input type="checkbox"/> Semaine paire
<input type="checkbox"/> Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Semaine impaire
Nom et N° d'assurance responsabilité civile : .....	.....

## VOS ENFANTS (maternelle, primaire)

NOM	Prénom	Date de naissance	Classe (rentrée 2019)

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

- ✓ Autorisez-vous la commune et les services à utiliser les photos ou films où votre enfant apparaît afin d'illustrer les supports d'information et de communication ? OUI  NON
- ✓ Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du service utilisé et en accepte les règles,
- ✓ Autorise les personnes encadrant le service utilisé à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgences médicales,
- ✓ Décharge la Mairie de toutes responsabilités en cas d'accident, de vol, qui pourraient survenir avant ou après la prise en charge effective des enfants par les personnels encadrants,
- ✓ M'engage à payer l'accueil périscolaire, la restauration et l'accueil de loisirs mensuellement à la Trésorerie de Vertou ou par prélèvement, après réception de la facture établie par la Mairie de Brains.
- ✓ Je soussigné(e) ....., autorise la commune à consulter mon Quotient Familial sur le site de la CAF.

Date

Signature des parents



### PIECES A FOURNIR

- Attestation précisant le Quotient Familial (sans justificatif, le tarif maximum sera appliqué)
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Mandat de prélèvement SEPA + IBAN-RIB (uniquement en cas de première demande)

Mairie de Brains 2 place de la Mairie 44830 BRAINS Tél. 02 40 65 51 30/Fax. 02 40 32 68 96  
enfance@mairie-brains.fr – www.mairie-brains.fr