



**SERVICES MUNICIPAUX**  
**ENFANCE ET JEUNESSE**

**DOSSIER INSCRIPTIONS**  
**Septembre 2011 à Août 2012**

**GROUPE SCOLAIRE JEAN VERDUN**

**Et « JOSTA LEKU »**

A retourner au : **Service Jeunesse**  
**avant le 1er juillet 2011**  
MSP ELGAR 11, rue Gaskoina

*Tout dossier incomplet ne sera pas traité.  
A remplir avec précision en MAJUSCULES.  
Ne pas oublier de dater et signer  
Nous signaler tout changement de situation, de n° de téléphone...*

**NOM / PRENOM DE L'ENFANT :**

**ADRESSE DE FACTURATION :**

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'administration :

Quotient familial :

S

Prénom :

N° de famille :

Age :

Enfant (s) du même foyer :

NOM :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

## ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : / / Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Classe (Sept11): \_\_\_\_\_

Photo

Unilingue       Bilingue      Sexe :  F     M

Enfant (s) du même foyer :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RESPONSABLES

<u>Père</u>	<u>Mère</u>	<u>Autre (précisez) : _____</u>
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
Tél dom : _____	Tél dom : _____	Tél dom : _____
Tél portable : _____	Tél port : _____	Tél port : _____
Adresse : _____	Adresse : _____	Adresse : _____
Profession : _____	Profession: _____	Profession: _____
Tél prof : _____	Tél prof : _____	Tél prof : _____
Mail : _____	Mail : _____	Mail : _____

## RESIDENCE DE L'ENFANT

Résidence principale : domicile des parents     domicile de la mère     domicile du père   
Autorité parentale conjointe :    oui     non   
Si non, joindre photocopie du jugement

## AUTORISATIONS

### SORTIES :

L'enfant peut-il rentrer seul ?     oui     non  
Si oui, joindre une autorisation écrite des parents datée et signée.

### PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autres que responsables) :

M. Mme \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  
M. Mme \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

### DROIT A L'IMAGE :

J'autorise le service enfance et jeunesse de la commune de HASPARREN à exploiter sur tous les supports de communication (photos, films, site internet, articles de presse..) les images prises au cours des activités.  
(en cas de refus l'image de votre enfant sera rendue floue sur les supports)

oui       non

## PERISCOLAIRE « JOSTA LEKU »



### RESTAURATION SCOLAIRE

Je souhaite que :

Mon enfant déjeune à la restauration scolaire les jours suivants :

Lundi     Mardi     Jeudi     Vendredi

Mon enfant déjeune à la restauration scolaire **ponctuellement**, dans ce cas je m'informe des possibilités auprès du service restauration au moins 48 heures avant au 05.59.70.14.82.

### ACCUEIL MATIN ET /OU SOIR

Je souhaite que mon enfant soit inscrit à l'accueil périscolaire les jours suivants :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin				
Après-midi				

### TRANSPORT SCOLAIRE :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin				
Après-midi				

### ETUDE SURVEILLEE :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

## EXTRA SCOLAIRE « JOSTA LEKU »



Je souhaite que :

Mon enfant fréquente l'accueil de loisirs « Josta Leku » **les mercredis**.

Chaque fin de mois, je réserve la place pour les mois suivants

Mon enfant fréquente l'accueil de loisirs « Josta Leku » **pendant les vacances**.

**Avant chaque période de vacances, une réservation précisant les jours de présence de votre enfant, est obligatoire au bureau du service jeunesse (pas d'inscription par téléphone).**

Mon enfant fréquente l'accueil de loisirs « Josta Leku » **exceptionnellement**, dans ce cas je m'informe des possibilités auprès du service jeunesse **au moins 48 heures avant** au 05.59.29.58.33.

Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un accueil bilingue au centre (basque/français).

### AIDES / SUBVENTIONS

Aide aux temps libre CAF :  oui     non

Aide aux vacances MSA :  oui     non

**(Joindre justificatif)**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant : Nom \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

N° SS de l'assuré qui couvre l'enfant : \_\_\_\_\_

Assurance extra scolaire : \_\_\_\_\_ N° contrat : \_\_\_\_\_

### Vaccinations obligatoires

Photocopie des pages vaccination du carnet de santé

**Les difficultés de santé** (maladie, allergie, accident, crises convulsives, hospitalisation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**Régime alimentaire particulier :** \_\_\_\_\_

### Recommandations utiles :

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc... Précisez.

L'accueil d'un enfant présentant une maladie chronique, une allergie alimentaire ou un handicap sera conditionné à l'avis obligatoire d'un médecin et à la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)**

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

### Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que responsables) :

M. Mme \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

M. Mme \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

M. Mme \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

M. Mme \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

## ATTESTATION

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_  
déclare qu'il (elle) est susceptible de fréquenter :

Les temps Périscolaires de « Josta Leku » du groupe scolaire Jean Verdun :

Restauration scolaire  accueil matin et / ou soir  transport scolaire  étude surveillée

Les temps extra scolaires de « Josta Leku »:

Mercredi  vacances

Je m'engage à respecter le règlement intérieur de la/des structure(s) dont une copie m'a été remise.

Fait à HASPARREN, le

Signature du (des) représentant(s)