



Première scolarisation à LOUVIGNÉ DU DESERT

Première utilisation des Services Péri-scolaires

Madame, Monsieur,

Votre enfant effectue sa première rentrée scolaire sur la commune ou votre enfant est scolarisé à l'extérieur mais vous avez besoin pour la première fois du service ALSH : Afin qu'il puisse être pris en charge par les services, vous devrez procéder aux INSCRIPTIONS OBLIGATOIRES pour le Restaurant Scolaire, la garderie de l'école publique et l'Accueil de Loisirs.

COMMENT PUIS-JE INSCRIRE MON/MES ENFANTS(S) ?

Le portail famille vous permet d'effectuer en ligne vos réservations pour l'Accueil de Loisirs du mercredi et des vacances. Une réflexion auprès des élus est en cours pour une réservation obligatoire des repas sur le temps scolaire. Les inscriptions sur les temps de garderie de l'école publique ne sont pas obligatoires.

Un seul préalable : avoir déposé en mairie (Service Enfance) ou auprès de la directrice de l'Accueil de Loisirs le dossier ci-joint dûment rempli. Nous pourrons ensuite vous ouvrir un compte famille. Le service assurera l'informatisation des documents que vous retrouverez sur votre compte, après un délai de traitement.



Lors de la création du compte, vous recevrez par mail un lien de première connexion pour l'activation de votre compte. Ce lien est valable 48 heures. Il vous faudra ensuite créer un mot de passe et le valider. (il ne faudra pas cliquer sur « créer un compte »)



Vous pourrez ensuite procéder aux réservations en ligne sur le portail famille de Louvigné du Désert. Vous trouverez le lien depuis le site officiel de la ville : www.louvignedudesert.org

LE DOSSIER DE PREMIERE INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

Nous vous remercions de bien vouloir prendre connaissance des informations ci-dessous :

1/la fiche « renseignements famille »

2/la fiche « renseignements enfant »

3/la fiche « autorisation de consultation de quotient familial CAF 35 » : cette fiche sans limite de validité est à remplir uniquement pour les familles affiliées à la CAF 35 et dont le quotient familial est inférieur à 1501 €. Si vous êtes affiliés aux autres régimes (CAF autre département, MSA,) ou vous ne souhaitez pas donner votre autorisation, vous devrez nous fournir votre attestation de quotient du mois d'août.

4/la « fiche des autorisations » et la « fiche sanitaire de liaison » : ces fiches sont à remplir pour chacun de vos enfants et à **renouveler chaque année scolaire**. Vous devrez nous les retourner au plus tard mi-juin de chaque année scolaire (pensez au verso et à la signature des documents).

***A remplir
uniquement lors
de la 1ere
inscription***

Si vous souhaitez être accompagné pour vos premiers pas sur le portail familles, n'hésitez pas à prendre contact avec nos services au 02 99 98 01 50 ou 02 99 98 00 62



FICHE DE RENSEIGNEMENT pour la création d'un « compte portail famille »
 Pour l'inscription aux activités périscolaires et extrascolaires
A retourner uniquement en mairie, Service Enfance, avec les documents nécessaires
serviceenfance@louvignedesert.org

Option de création du compte et de facturation : cocher la mention concernée, un seul choix possible

Responsable 1 et 2 vivants sous le même toit

Responsable 1 et 2 séparés et souhaitant un compte unique. Ce document devra être signé des 2 parties

Responsable 1 et 2 séparés et souhaitant un compte chacun. La facturation sera alors partagée en fonction de vos réservations.

Remplir en majuscule	Parents ou personnes ayant la responsabilité légale des enfants	
	Responsable 1 <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame	Responsable 2 <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/> Madame
NOM et PRENOM des responsables légaux
LIEN PARENTAL	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> autre (préciser) :	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> autre (préciser) :
Situation familiale	<input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> Pacsé <input type="radio"/> concubin <input type="radio"/> divorcé <input type="radio"/> veuf(ve) <input type="radio"/> famille monoparentale	<input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> Pacsé <input type="radio"/> concubin <input type="radio"/> divorcé <input type="radio"/> veuf(ve) <input type="radio"/> famille monoparentale
Adresse postale	N°..... Rue..... <input type="radio"/> LOUVIGNE DU DESERT <input type="radio"/> autre :	N°..... Rue..... <input type="radio"/> LOUVIGNE DU DESERT <input type="radio"/> autre :
Numéro de téléphone	Portable 1 : Portable 2 :	Portable 1 : Portable 2 :
Adresse mail (obligatoire)		
Régime	<input type="radio"/> CAF 35 N° allocataire : <input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> autre (préciser) :	<input type="radio"/> CAF 35 N° allocataire : <input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> autre (préciser) :
Vous joindre au travail en cas d'urgence Nom de l'employeur et téléphone		
ADRESSE POUR LA FACTURATION (si différente de l'adresse postale du Responsable 1	Mr ou Mme..... Rue..... Code postal..... Ville.....	

Fait le / /202... à

Signature du Responsable 1

Fait le / /202... à

Signature du Responsable 2



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANTS

NOM de l'enfant 1 :

PRENOM de l'Enfant :

Né le :

Sexe : Fille Garçon

Ecole : Marie Letensorer

Notre Dame de Jovence

NOM de l'enfant 2:

PRENOM de l'Enfant :

Né le :

Sexe : Fille Garçon

Ecole : Marie Letensorer

Notre Dame de Jovence

NOM de l'enfant 3:

PRENOM de l'Enfant :

Né le :

Sexe : Fille Garçon

Ecole : Marie Letensorer

Notre Dame de Jovence

ALLERGIES (asthme, allergies médicamenteuses, allergies alimentaires...)

	Allergie	Type d'allergie	PAI	commentaires
1 ^{er} Enfant				
2eme enfant				
3eme enfant				

Si PAI : date de la mise en place : / /20... NOUS TRANSMETTRE LE PAI.

Pour toute allergie alimentaire, il vous contacter le responsable du Restaurant Scolaire au 02 99 98 12 69

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE, bénéficiant de l'accord des 2 parents

Noms-prénoms	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de famille

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT, bénéficiant de l'accord des 2 parents

Noms-prénoms	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de famille

Fait le / / 202.....

A

Signature du représentant légal



2024-2025 FICHE AUTORISATION PARENTALE

Enfants	ENFANT N°1	ENFANT N°2	ENFANT N°3	ENFANT N°4
Nom de l'enfant				
Prénom de l'enfant				

Responsables légaux	Responsable N°1	Responsable N°2
En cas de famille recomposée, il faudra remplir les documents par composition de famille		
Noms		
Prénoms		

Nous soussignés, et

CERTIFIONS en tant qu'utilisateur des services périscolaires, à OBLIGATOIREMENT avoir procédé à la mise à jour informatique de mon compte Portail Famille pour les éléments essentiels : adresse postale, mail, numéro de téléphone, et personnes autorisées à venir mon-
mes enfant(s) se trouvant dans les rubriques « MA FAMILLE – PERSONNES – ENFANTS – PERSONNES AUTORISEES »**Nous nous engageons à
procéder à cette mise à jour autant de fois que nécessaire au cours de l'année scolaire en cours et vous informer de tout changement de
domicile ou de mail.**

AUTORISONS, en tant qu'utilisateur de l'accueil de loisirs, nos enfants à sortir de la structure pour participer aux différentes activités
programmées (trajet cantine, balade aux parcs, ludothèque, etc) ou activités organisées par l'ALSH et nécessitant un déplacement en
transport en commun ou mini bus conduit le personnel. Nous autorisons également la responsable du service à transporter notre ou nos
enfant(s) dans son véhicule personnel en cas d'urgence.

AUTORISATION AUX SOINS

En cas de besoin, le personnel encadrant peut être amené à donner des soins à votre enfant : coup, bosse (application d'une poche de
glace médical avec protection), plaie superficielle (antiseptique simple incolore). Vous serez informé des soins reçus par votre enfant au
cours de la journée d'accueil ou à votre reprise en charge. Aucun médicament ne peut être administré à un mineur sans prescription
médicale en dehors d'un PAI et/ou de la photocopie de l'ordonnance. En cas d'allergie alimentaire, il est obligatoire de rédiger un PAI et le
transmettre au responsable du Restaurant Scolaire avant la première présence de votre enfant.

AUTORISONS, en cas d'urgence médicale, les responsables de la structure à contacter un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que
puisse être pratiqués les soins nécessaires

AUTORISATION FILM/PHOTO

AUTORISONS que nos enfants soient filmés et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La structure elle-même (journal interne, exposition)
- Le service communication de la ville dont le site internet
- La presse
- Les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage

Nous nous engageons, si réception des photos ou des films, à ne les utiliser que dans le cadre familial

A.....

Mention « lu et approuvé » et signature des représentants légaux
--



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : année scolaire 2021-2022 LOUVIGNE DU DESERT mercredis + vacances

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....



Autorisation de consultation « CAF PRO » CAF 35

Pour bénéficier des tarifs dégressifs de l'ALSH et la garderie périscolaire de l'école Marie Letensorer

La ville de Louvigné du Désert a mis en place une tarification dégressive selon le quotient familial pour les familles ayant inscrits leurs enfants à l'accueil de loisirs et à la garderie de l'école Marie Letensorer.

Le tarif appliqué pour l'année scolaire est révisé chaque année au regard de votre situation au mois de septembre.

Pour tout changement de situation familiale en cours d'année (séparation, naissance...) contactez le Service Enfance.

Pour les allocataires CAF 35, la responsable du Service Enfance est habilitée à consulter directement votre quotient familial sur la plateforme CAF PARTENAIRE, dès lors que l'autorisation ci-dessous est complétée et signée.

Pour faciliter vos démarches, cette autorisation n'a pas de limitation de durée. Pour les familles disposant de comptes séparés, nous vous demandons de bien vouloir nous fournir un numéro allocataire pour chaque foyer.

O si mon quotient est supérieur à 1501 €, je ne remplis pas cette autorisation et je ne fournis pas d'attestation de quotient.

COUPON A RETOURNER AU SERVICE ENFANCE DE LA MAIRIE DE LOUVIGNÉ DU DESERT

Le(s) soussigné(s), Madame et/ou Monsieur.....

FAMILLE :	-----
ENFANTS :	----- -----

AUTORISE(NT) le personnel administratif habilité à consulter directement le quotient familial auprès de la plateforme CAF PARTENAIRE 35, afin d'appliquer la tarification adéquate aux différents services.

Nom et prénom de l'allocataire : -----

N° allocataire CAF 35 (7 chiffres) : -----

A le / / 202.....

Signature du (des) responsable(s) légal(s) mention « lu et approuvé »