



MAIRIE DE PLEUDIHEN-SUR-RANCE
-SERVICE ENFANCE JEUNESSE-
FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023-2024



NOM DE L'ENFANT (EN MAJUSCULE) : _____
PRÉNOM DE L'ENFANT (EN MAJUSCULE) : _____
 DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____ LIEU DE NAISSANCE : _____
 ENFANT DE COUPLE : MARIÉ, PACSÉ,... DIVORCÉ OU SEPARÉ PARENT ISOLÉ AUTRE

**COLLER
 OBLIGATOIREMENT
 UNE PHOTO
 D'IDENTITÉ RÉCENTE
 DE VOTRE ENFANT.**

RECONNAISSANCE
 VISUELLE PAR L'ÉQUIPE
 D'ENCADREMENT
 (ANIMATION ET
 RESTAURATION)

ADRESSES (PARENTS OU RESPONSABLE LÉGAL) :

MONSIEUR (NOM – PRÉNOM) : _____
ADRESSE : _____
VILLE : _____ **CODE POSTAL :** _____
TÉLÉPHONE DOMICILE : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ **TÉLÉPHONE PORTABLE :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___
ADRESSE E-MAIL OBLIGATOIRE : _____ @ _____
PROFESSION : _____ **TÉLÉPHONE TRAVAIL :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___
NOM DE L'ENTREPRISE ET LIEU DE TRAVAIL : _____

MADAME (NOM – PRÉNOM) : _____
ADRESSE : _____
VILLE : _____ **CODE POSTAL :** _____
TÉLÉPHONE DOMICILE : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ **TÉLÉPHONE PORTABLE :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___
ADRESSE E-MAIL OBLIGATOIRE : _____ @ _____
PROFESSION : _____ **TÉLÉPHONE TRAVAIL :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___
NOM DE L'ENTREPRISE ET LIEU DE TRAVAIL : _____

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS).

NOM : _____
TÉLÉPHONE DOMICILE : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ **TÉLÉPHONE PORTABLE :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

PERSONNES POUVANT VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT (MERCİ DE LEUR SIGNALER QU'IL FAUT UNE PIÈCE D'IDENTITÉ POUR PRENDRE L'ENFANT).

1 : _____ 2 : _____ 3 : _____

+++++

SANTÉ DE L'ENFANT

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : _____
VILLE : _____ **N° DE TÉLÉPHONE :** ___ / ___ / ___ / ___ / ___

L'admission d'un mineur selon l'une des modalités prévues à l'article R.227-1 est subordonnée à la présentation d'un des deux documents suivants :

- Copie du carnet de santé comme justificatif de la réalisation des vaccinations obligatoires.
- Attestation établie par un médecin ou infirmier de sa situation au regard des obligations vaccinales conformément aux dispositions de l'article R.3111-8 du code de la santé publique.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES (ALLERGIES, TRAITEMENTS EN COURS, CONTRE-INDICATIONS, PAI, ...) ET CONDUITE A TENIR :

+++++

ASSURANCE DE L'ENFANT (OBLIGATOIRE)

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE : _____
N° DE TÉLÉPHONE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
N° DU CONTRAT : _____

+++++

QUOTIENT FAMILIAL DE LA FAMILLE

Le quotient familial est la référence permettant la tarification.

Pour les allocataires de la CAF des Côtes d'Armor : Suite à une convention avec la CAF, nous avons la possibilité de vous faire bénéficier d'une facturation au plus juste par rapport à vos revenus. Pour cela, nous devons consulter votre compte allocataire au moyen de l'outil CDAP (consultation du dossier allocataire par le partenaire). Sécurité et confidentialité garanties.

Nom de l'allocataire : _____ Numéro d'allocataire : _____ Caisse :

Pour les allocataires des autres caisses et / ou des autres départements : Merci de nous donner l'attestation actualisée ou figure le montant du quotient familial.

Si vous ne souhaitez pas nous communiquer votre numéro d'allocataire CAF ou nous donner l'attestation actualisée, nous appliquerons le barème le plus important.

+++++

ENFANT SCOLARISÉ A PLEUDIHEN-SUR-RANCE

ÉCOLE : PUBLIQUE (ENTRE TERRE ET MER). PRIVÉE (NOTRE-DAME OU SACRÉ-CŒUR). CLASSE :

- VOTRE ENFANT DÉJEUNE AU RESTAURANT SCOLAIRE (INSCRIPTION A L'ANNÉE) :

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

Si inscription irrégulière, prévenir le jeudi avant 16h pour la semaine qui suit à : mairie-juhel@orange.fr

- VOTRE ENFANT EST SCOLARISÉ À L'ÉCOLE PUBLIQUE ET VA À L'ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE (INSCRIPTION A L'ANNÉE) :

LUNDI : MATIN SOIR | MARDI : MATIN SOIR | JEUDI : MATIN SOIR | VENDREDI : MATIN SOIR

Autres (exemple = Une semaine sur deux,):

- VOTRE ENFANT PREND LE CAR SCOLAIRE, DEMANDER L'IMPRIMÉ SPÉCIFIQUE EN MAIRIE (INSCRIPTION A L'ANNÉE) :

LUNDI : MATIN SOIR | MARDI : MATIN SOIR | JEUDI : MATIN SOIR | VENDREDI : MATIN SOIR

Autres (exemple = Tous les soirs,):

+++++

ENFANT PARTICIPANT À L'ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE DES MERCREDIS SCOLAIRES

- VOTRE ENFANT VA À L'ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE DES MERCREDIS SCOLAIRES (INSCRIPTION A L'ANNÉE) :

MERCREDI : JOURNÉE MATINÉE UNIQUEMENT APRÈS-MIDI UNIQUEMENT

Si inscription irrégulière, prévenir le vendredi au plus tard pour le mercredi qui suit à : pleudihen.jeunesse@orange.fr

+++++

AUTORISATION PARENTALE (COCHER LES CASES CORRESPONDANTES À VOTRE CHOIX)

JE SOUSSIGNÉ(E),REPRÉSENTANT LÉGAL DE.....

- Autorise mon enfant à partir seul aux horaires convenus (fin : périscolaires et extrascolaires).
- Autorise mon enfant à être photographié ou filmé (presse, cadre des activités).
- Autorise les responsables de l'encadrement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident.
- Autorise le prélèvement bancaire (joindre un RIB) : Pour la facturation des repas au restaurant scolaire (jours scolaires) et / ou pour la facturation à l'accueil de loisirs périscolaire (jours scolaires = Matin et / ou soir).

Je m'engage également à signaler à la mairie tous les changements pouvant intervenir en cours d'année (n° téléphone, ...). J'accepte les règlements intérieurs des structures accueillant mon enfant (disponible en mairie ou sur le site internet). Je déclare exact tous les renseignements écrits sur cette fiche (recto-verso).

Si vous avez des informations à nous communiquer :

.....
.....

SIGNATURE DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LÉGAL (PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ»).