



MAIRIE DE PLEUDIHEN-SUR-RANCE
-SERVICE ENFANCE JEUNESSE-
FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024-2025



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,) :

+++++

ENFANT PARTICIPANT À L'ACCUEIL DE LOISIRS DES MERCREDIS SCOLAIRES

- **ORGANISATION.**

Accueil +, accueil, ½ journée et journée = Pleudihen (école publique, rue de Dinan).

- **INSCRIPTION / DÉSISTEMENT.**

Le vendredi au plus tard pour le mercredi qui suit.

Si désistement après le vendredi, un certificat médical sera exigé dans les 48h pour ne pas être facturé.

Inscription occasionnelle ou à l'année. Télécharger sur internet la fiche de présence : Mairie de Pleudihen sur rance – Vivre – Enfance et jeunesse – Accueil de loisirs. Compléter la fiche de présence et l'envoyer 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 les facturations suivantes : Repas au restaurant scolaire (jours scolaires) et / ou à l'accueil de loisirs périscolaire à l'école publique (lundi, mardi, jeudi, vendredi = Matin, soir) et / ou au transport scolaire.
- À noter, pas de prélèvement pour les accueils de loisirs : Périscolaire (mercredis scolaires) et extrascolaire (vacances scolaires).

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»).