



DOSSIER ENFANT

Année 2020

Dossier utilisé pour la maison de l'enfance comprenant les services suivants :

- **ALSH (vacances scolaires et mercredi),**
 - **Camps/mini séjours (vacances scolaires),**
 - **Activités ADOS.**
 - **Garderie périscolaire (école La Claie seulement)**
-

ENFANT

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance : / /

Nationalité :

Adresse :

Code postal :

Commune :

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Nom et N° de mutuelle auquel l'enfant est rattaché :

Compagnie d'assurance qui assure l'enfant :

N° du contrat d'assurance :

Joindre une copie d'attestation d'assurance en responsabilité civile pour les temps périscolaires et extrascolaires

Etablissement scolaire fréquenté :

REPRESENTANTS/RESPONSABLES LEGAUX

PARENTS

MERE / PERE

NOM :

Prénom :

Sexe : Nationalité :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal :

Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

Adresse électronique :

Régime allocataire : CAF MSA Autres

N° d'allocataire :

MERE / PERE

NOM :

Prénom :

Sexe : Nationalité :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal :

Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

Adresse électronique :

Régime allocataire : CAF MSA Autres

N° d'allocataire :

Situation familiale : Concubinage Pacsé Marié Séparé Divorcé Célibataire Veuf

Droits de garde/séparation des parents :

- Qui détient l'autorité parentale ? Les deux Mère Père
- Modalités d'organisation de la garde : partagée Alternée
- Quelle facturation souhaitez-vous ? : partagée Alternée (dans ce cas, joindre un calendrier)

Joindre une attestation du jugement

FAMILLE D'ACCUEIL

NOM :

Prénom :

Sexe :

Nationalité :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal :

Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

Adresse électronique :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom du médecin traitant :

Commune :

Téléphone :

MALADIES : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Angine

Coqueluche

Varicelle

Otite

Rubéole

Rougeole

Scarlatine

Oreillons

Rhumatisme articulaire aigüe

VACCINATIONS

Fournir une copie du carnet de vaccination

Pour les enfants nés avant 2018, les vaccinations suivantes sont obligatoires pour la vie en collectivité : Diphtérie, Tétanos, Polyomélite (DTP).

Pour les enfants nés au 1^{er} janvier 2018, les vaccinations suivantes sont obligatoires pour la vie en collectivité : coqueluche, l'haemophilus influenzae B, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, les oreillons, la rougeole, la rubéole, Diphtérie, Tétanos, Polyomélite (DTP).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, fournir un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

ALLERGIES

Asthme

Médicamenteuse

Alimentaire

Autres

Précisez la cause de l'allergie :

Indiquez la conduite à tenir :

TRAITEMENT MEDICAL

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place pour votre enfant ? Oui Non

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Difficultés de santé particulières (maladies, accidents, crise convulsive...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles (port de lunettes/lentilles/prothèse auditive ou dentaire...) :

Votre enfant a-t-il des intolérances alimentaires ? Si oui, merci de les indiquer :

Votre enfant fait-il la sieste ? Oui Non

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les responsables légaux)

NOM	Prénom	Téléphone(s)	Commune de résidence	Lien avec l'enfant	Autorisé à venir chercher l'enfant (mettre une x)	A contacter en cas d'urgence (mettre une x)

AUTORISATIONS PARENTALES

- ❖ J'autorise mon enfant.....à quitter l'ALSH/le lieu d'activité **seul** sur les plages horaires de départ de la structure (entre 11h45 et 12h15/entre 13h et 14h/à partir de 16h30) ou à la fin de l'activité (pour les Ados). Merci de préciser l'heure de départ de l'enfant lors de l'inscription.
Mon enfant ne sera alors plus sous la responsabilité de la commune. Oui Non
- ❖ J'autorise mon enfant à participer aux activités nautiques et aux baignades organisées dans le cadre des activités de l'ALSH. La participation aux activités nautiques est conditionnée à la présentation d'un test d'aisance aquatique. Oui Non
- ❖ J'autorise mon enfant à utiliser les transports mis en place par la commune afin que mon enfant puisse participer à des activités en-dehors de la structure. Oui Non
- ❖ J'autorise l'équipe d'animation à faire des photos ou des films de mon enfant, seul ou en groupe, et à les utiliser à des fins de communication (bulletin communal annuel, journaux, site internet...). Oui Non
- ❖ J'autorise le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident et de maladies subites de mon enfant et décharge la direction de la structure de toute responsabilité lors du trajet jusqu'à l'hôpital. Oui Non
- ❖ J'autorise l'équipe médicale de l'hôpital à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de mon enfant. Oui Non
- ❖ J'autorise les services de la commune de Plumelec à utiliser le service CAFpro afin de consulter les ressources à prendre en compte pour la facturation effectuée selon le quotient familial (Si vous répondez non, merci de fournir votre volet d'imposition faisant apparaître vos revenus imposables). Oui Non
- ❖ J'autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour me transmettre les documents du service sport-animation-jeunesse (programmes d'activités, fiche de préinscription...). Oui Non

Nous, soussignés, Madame..... et Monsieur....., responsables légaux de l'enfant, attestons avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'ALSH extrascolaire et périscolaire de Plumelec. Nous en acceptons les clauses.

Nous attestons exacts les renseignements portés sur ce dossier et nous nous engageons à faire part d'éventuelles modifications dans les plus brefs délais.

Date(s) et signatures des représentants légaux précédées de la mention « Lu et approuvé » :

Cadre réservé au personnel de l'ALSH

- Attestation d'assurance en responsabilité civile
- Copie du jugement en cas de divorce
- Copie du carnet de vaccinations
- Règlement intérieur de l'ALSH signé
- PAI si nécessaire
- Photocopies du volet « CAF AZUR » si vous bénéficiez des aides de la CAF
- Mandat SEPA rempli **avec RIB**
- Copie du test d'aisance aquatique pour la pratique des activités nautiques
- Certificat de non-contre indication à la pratique du sport (à fournir avant les inscriptions aux camps)