

DOSSIER SERVICES MUNICIPAUX

Année 2026-2027
(du 1^{er} septembre 2026 au 31 août 2027)

à retourner impérativement à la Maison de l'Enfance
avant le 15/06/2026

Horaires d'ouverture de la Maison de l'Enfance :
du lundi au vendredi de 07 h 15 à 12 h 00 et de 13 h 30 à 18 h 45

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

- ALSH (vacances scolaires et mercredis),
- Garderie périscolaire et Restaurant scolaire,
- Camps/mini séjours (vacances scolaires),

ENFANT

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance : / /

Âge :

Nationalité :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Ecole :

Classe :

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

Reconnaissance allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : Oui ☐

Non ☐

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

Compagnie d'assurance qui assure l'enfant :

REPRESENTANTS/RESPONSABLES LEGAUX

PARENTS

PARENT 1

Nom (de naissance) :

Nom (d'usage) :

Prénom :

Sexe :

Nationalité :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

@ :

PARENT 2

Nom (de naissance) :

Nom (d'usage) :

Prénom :

Sexe :

Nationalité :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

@ :

PARENT ALLOCATAIRE

Nom (de naissance) :

Nom (d'usage) :

Prénom :

CAF ☐ MSA ☐

N° allocataire :

Situation familiale : Concubinage ☐ Pacsé ☐ Marié ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Célibataire ☐ Veuf ☐

En cas de séparation/divorce 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 (joindre un calendrier) ☐ Mère ☐ Père ☐

Moyen de paiement :

☐ Prélèvement (joindre un RIB et remplir le mandat SEPA)

☐ Paiement à réception de la facture (CB via PAYFIP, en espèces à la maison de la presse de Plumelec (pour les montants inférieurs à 300 €) et, exclusivement pour l'ALSH, en CESU papier ou dématérialisé (code NAN : 500162*4) ou ANCV papier à adresser à la trésorerie de PONTIVY.

FAMILLE D'ACCUEIL ou TUTEURS LEGAUX

NOM :

Prénom :

Sexe :

Nationalité :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal :

Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

@ :

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 aiguë ☐

VACCINATIONS

Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018, les vaccinations suivantes sont obligatoires pour la vie en collectivité : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP).

Pour les enfants nés à partir du 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, Poliomyélite (DTP).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, fournir un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin antitétanique 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 ☐

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Des difficultés particulières de santé (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 justifier par un avis médical à joindre au dossier.

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

A compléter obligatoirement

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 partir du CP)..... à quitter l'ALSH/le lieu d'activité **seul** sur les plages horaires de départ de la structure (entre 11h45 et 12h/entre 13h et 14h/à partir de 16h30) ou à la fin de l'activité. Merci de préciser l'heure de départ de l'enfant lors de l'inscription : Oui ☐ Non ☐
Mon enfant ne sera alors plus sous la responsabilité de la commune
- ❖ 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 et les réseaux sociaux...).
- ❖ J'autorise le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident et de maladies inattendues 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 indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant. Oui ☐ Non ☐
- ❖ Je souhaite que l'ALSH soit facturé en fonction de mon quotient familial et m'engage à valider la procédure d'autorisation de transmission des données lors de la 1^{ère} connexion à « Mon Espace Famille ». Procédure à refuser si non souhaité ou non concerné. Oui ☐ Non ☐ Non concerné ☐
- ❖ J'autorise les services de la commune de Plumelec à utiliser le service CAF Pro afin de consulter les ressources à prendre en compte pour la facturation effectuée selon le quotient familial (ALSH) si la transmission des données ne fonctionne pas. Oui ☐ Non ☐ Non concerné ☐
- ❖ J'autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour me transmettre les documents des services communaux (informations, fiche de préinscription...). Oui ☐ Non ☐

Nous, soussignés,
et.....,

responsables légaux de l'enfant, attestons avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la maison de l'enfance et du restaurant scolaire de Plumelec (disponibles sur le site internet de la mairie : www.plumelec.org ou en structure). 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 (ex : changement d'adresse, changement de RIB en cours d'année).

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

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT (chaque année)

- ☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile pour les temps péri et extrascolaires. A renouveler au cours de l'année scolaire si celle-ci ne couvre pas l'ensemble de l'année scolaire.
- ☐ Attestation de quotient familial (CAF ou MSA) à jour ou avis d'imposition sur les revenus 2024 si plus allocataire
- ☐ RIB et mandat de prélèvement SEPA rempli si prélèvement choisi
- ☐ Attestation de jugement en cas de séparation ou divorce
- ☐ Copie de toutes les pages vaccinations du carnet de santé ou certificat médical de contre-indication
- ☐ PAI avec ordonnances le cas échéant
- ☐ Attestation allocation d'éducation de l'enfant handicapé le cas échéant
- ☐ Copie du test d'aisance aquatique pour la pratique des activités nautiques (pour les camps et les sorties aquatiques)