

DOSSIER ENFANT

Année 2022-2023

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

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

ENFANT

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance : / /

Âge :

Nationalité :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Ecole :

Classe :

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

Joindre une attestation de quotient familial à jour à demander auprès des organismes (CAF, MSA, autres...)

REPRESENTANTS/RESPONSABLES LEGAUX

PARENTS

PARENT 1

NOM :

Prénom :

Sexe : Nationalité :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal : Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

@ :

N° allocataire (CAF, MSA ...) :

Joindre une attestation de quotient familial

PARENT 2

NOM :

Prénom :

Sexe : Nationalité :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal : Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

@ :

N° allocataire (CAF, MSA ...) :

Joindre une attestation de quotient familial

Situation familiale : Concubinage Pacsé Marié Séparé Divorcé Célibataire Veuf

Droits de garde/séparation des parents : **Joindre une attestation du jugement**

- 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 uniquement en cas de changement de coordonnées bancaires et remplir le mandat SEPA joint)

Paiement à réception de la facture (par TIPI, à la maison de la presse à Plumelec (pour les montants inférieurs à 300€) ou par chèque bancaire, CESU, ANCV, espèces directement à la trésorerie)

Cette fiche de renseignements ne vaut pas réservation des repas sur le site du portail familles.

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 aigüe

VACCINATIONS

Fournir une copie des pages de vaccination à jour du carnet de santé

Pour les enfants nés à partir du 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

Si oui dans le cadre du PAI, **joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants**

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)

| 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.
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 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 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 CAF Pro afin de consulter les ressources à prendre en compte pour la facturation effectuée selon le quotient familial (Si vous répondez non, sans justificatif, vous serez facturé sur la tranche la plus élevée). Oui Non
- ❖ 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.

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

Cadre réservé au personnel de l'ALSH

- Copie du carnet de vaccinations
- Attestation quotient familial (CAF, MSA...) à jour
- Attestation d'assurance en responsabilité civile
- PAI si nécessaire
- Photocopies du volet « CAF AZUR » pour les bénéficiaires
- 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)