



DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SERVICE ENFANCE

Accueil de Loisirs mercredis/vacances
Accueil Périscolaire - Restauration Scolaire

L'enfant NOM : Prénom :
Date de naissance : / / Ecole : ☐ Groez-Ven ☐ Sainte-Marie
Sexe : ☐ masculin ☐ féminin ☐ Autre :
Classe : Cycle 1 ☐ TPS ☐ PS ☐ MS ☐ GS
Cycle 2 : ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2
Cycle 3 : ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ 6^{ème}

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant

- **Nom Prénom :**
Adresse :
Code Postal : Ville :
Contact : Portable : Domicile :
 Travail :
@ Mail :
- **Nom Prénom :**
Adresse (si différente) :
Code Postal : Ville :
Contact : Portable : Domicile :
 Travail :
@ Mail :

Qui a autorité parentale ? ☐ les 2 parents ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre.....
En cas de retrait de l'autorité parentale, joindre la copie de la décision de justice

Qui a la garde de l'enfant ? ☐ les 2 parents ☐ Père ☐ Mère ☐ Garde alternée
☐ Autre (préciser)

Personnes à contacter (autres que les responsables légaux)

Nom, Prénom :
Téléphone :
Lien avec l'enfant :
☐ À contacter en cas d'urgence ☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Nom, Prénom :
Téléphone :
Lien avec l'enfant :
☐ À contacter en cas d'urgence ☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Nom, Prénom :
Téléphone :
Lien avec l'enfant :
☐ À contacter en cas d'urgence ☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Informations Santé

Médecin traitant : Ville :
Téléphone :

Votre enfant a-t-il des allergies ? :

- Alimentaires ☐ Oui ☐ Non
- Asthme ☐ Oui ☐ Non
- Médicaments ☐ Oui ☐ Non
- Autres ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant a-t-il besoin d'un accueil spécifique lié à un handicap ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, merci de fournir à la direction les éléments nécessaires à la prise en charge de votre enfant (PAI, traitements, protocole d'accueil spécifique...)

Votre enfant suit-il un régime particulier ? (sans porc, végétarien...) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel :

Les vaccinations sont obligatoires pour entrer en collectivité, merci d'indiquer la date du dernier rappel DTP et de fournir une copie du carnet de santé

- Pour les enfants nés avant 2018, 3 vaccins obligatoires : Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite (DTP)
- Pour les enfants nés à partir de 2018, 11 vaccins obligatoires : DTP, Coqueluche, Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, Pneumocoque, Méningocoque, Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR)

☐ Je certifie que mon enfant est à jour dans ses vaccins - Date du dernier rappel de vaccin DTP :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :

- | | | |
|---|--|---|
| • Rubéole ☐ Oui ☐ Non | • Rhumatisme ☐ Oui ☐ Non | • Otite ☐ Oui ☐ Non |
| • Varicelle ☐ Oui ☐ Non | • Scarlatine ☐ Oui ☐ Non | • Rougeole ☐ Oui ☐ Non |
| • Angine ☐ Oui ☐ Non | • Coqueluche ☐ Oui ☐ Non | • Oreillons ☐ Oui ☐ Non |

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation...) qui nécessitent la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et/ou éventuels soins à apporter ?

.....
.....
.....

Avez-vous des recommandations que vous souhaitez nous communiquer concernant votre enfant (comportement, habitudes, port de lunettes, observations particulières...) :

.....
.....
.....

Assurances

Il est recommandé aux familles d'avoir une assurance couvrant les dommages corporels que leur enfant pourrait causer et/ou auxquels il peut être exposés au cours des activités pratiquées durant les temps péri et extrascolaires. Il revient aux parents de vérifier auprès de leur assurance que l'attestation fournie couvre bien l'ensemble des temps pendant lesquels l'enfant est accueilli.

☐ Je déclare que mon enfant est couvert par une assurance en responsabilité civile individuelle ou familiale.

Facturation

Afin de mettre en place la tarification modulée, nous avons besoin d'informations personnelles vous concernant.
Nous vous garantissons qu'elles resteront confidentielles.

Votre Régime : ☐ CAF - Numéro allocataire
☐ MSA - Numéro allocataire

ou ☐ J'autorise la responsable du Pôle Enfance Jeunesse à consulter mon quotient familial sur le site professionnel de la CAF
☐ Je fournis l'attestation de quotient familial datant de moins de 3 mois (obligatoire pour les allocataires de la MSA)

Si l'attestation de quotient familial n'est pas fournie, le tarif le plus élevé sera automatiquement appliqué.

Souhaitez-vous régler par prélèvement automatique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, fournir un RIB et compléter le mandat de prélèvement (la facture est prélevée tous les 15 du mois suivant).

Autorisations parentales et déclarations



☐ J'autorise le Service Enfance Jeunesse à prendre toutes les dispositions jugées nécessaires en cas d'accident ou de maladie pour faire soigner mon enfant, à le faire hospitaliser en cas d'urgence.



☐ J'autorise mon enfant à être photographié/filmé lors des activités et je permets la parution de son image pour :
→ des présentations au sein de l'accueil de loisirs
→ les journaux locaux et municipaux
→ le site de la mairie et du Service Enfance Jeunesse pour illustrer des activités



☐ J'autorise mon enfant à prendre les transports lors de sorties de l'accueil de loisirs.



☐ Je déclare être responsable de mon enfant lorsqu'il n'est pas pris en charge par le Service Enfance :
→ à l'issue du temps scolaire s'il n'est pas inscrit au Périscolaire
→ dès lors qu'il quitte l'enceinte de l'accueil de loisirs ou de l'école pour se rendre à des activités extrascolaires ou des rendez-vous.



☐ Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, et m'engage à en respecter les termes.



☐ Je m'engage à prévenir le Pôle Enfance Jeunesse de tout changement concernant la situation familiale ou les informations présentes dans ce dossier.

Autorisations de sorties

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul à la fin des activités :



- ☐ Oui
☐ Oui mais ⇒ à partir deh..... lorsque mon enfant est au périscolaire
⇒ à partir deh..... lorsque que mon enfant est à l'Accueil de Loisirs
☐ Non

Fait à :

Le : / /

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
-----------------------------------	--

Référence Unique de Mandat :

En signant ce formulaire, vous autorisez la Commune de PLOEMEL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Commune de PLOEMEL. Vous bénéficiez du droit d’être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
CP :	Ville :
Pays : FRANCE	

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
CP :	Ville :
Pays : FRANCE	

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN : Numéro d'identification International du compte bancaire

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC : Code international d'identification de votre banque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Merci de joindre un RIB

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN : Numéro d'identification International du compte bancaire

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC : Code international d'identification de votre banque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Merci de joindre un RIB

TYPE DE PAIEMENT	
Paiement récurrent / répétitif ☐	Paiement ponctuel ☐

CREANCIER

Nom : **Commune de PLOEMEL**

ICS :

Adresse : **Mairie de Ploemel – 1 Allée Abbé Martin Kercret 56400 PLOEMEL**

Fait à :

Le :

Signature :

À retourner complété et signé à :
Mairie de Ploemel – Pôle Enfance Jeunesse et Vie Scolaire
1, allée Abbé Martin Kercret
56400 PLOEMEL

56400 PLOEMEL