

Cette fiche est commune aux différentes structures, à savoir Cantine Scolaire, Accueil Périscolaire, Centre de Loisirs, Multi'Pass, Espace Jeune et Projet Jeune.

En l'absence de cette fiche, nous ne pourrions accepter que votre enfant :
mange à la cantine, fréquente l'aide aux devoirs, la garderie ou l'ALSH.

Merci de la remplir, de la compléter, de la corriger, de la signer et de nous la rendre au plus tôt.

ENFANT

NOM Prénom

Sexe :

Téléphone de la maison

Né(e) le . / . / . à

FAMILLE de FACTURATION

Nom de la Famille : .

Situation Familiale : .

Adresse de facturation :

Nombre d'enfants à Charge : 0

Régime social :

- N°Allocataire CAF :

Téléphone de la maison

Aides : CAF Azur Bons MSA CNAS Autres :

E-mail :

Nom et Prénom du père : .

Nom et Prénom de la mère: .

Téléphone fixe

Téléphone fixe

Tel. Professionnel

Tel. Professionnel

Mobile

Mobile :

Profession

Profession

Autorité Parentale **Oui**

Autorité Parentale **Oui**

Autorisation	Valeur
Autorise les responsables de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical et intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant en cas d'incapacité à joindre les parents.	OUI
Droit à l'image : Autorise le Service Enfance Jeunesse de Plumélieu à utiliser et diffuser à titre gratuit des photographies et vidéos réalisées dans le cadre du Service Enfance Jeunesse,	OUI
Autorise l'enfant à participer à toutes les activités du Service Enfance Jeunesse (camps, sorties...)	OUI
Autorise l'enfant à quitter le Service Enfance Jeunesse et /ou l'école seul.	?
Autorise le transport de l'enfant par un responsable du Service Enfance Jeunesse (en minibus, voiture de fonction...)	OUI

Personnes à Contacter en Cas d'Urgence

Nom	Prénom	Téléphone
.		
.		
.		

Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant autres que les Parents

Nom	Prénom	Téléphone
.		
.		
.		

SANTÉ

Médecin	Spécialité	Adresse	Téléphone	Ville
.				

Vaccinations

Vaccins	Dernière Vaccination
DT POLIO DIPH, TÉTA, POLIO ts les 5 ans	

Maladie(s) contagieuse déjà eu...

Varicelle : oui / non	Rubéole : oui / non	Roséole : oui / non
Autres (que angine et otite) :		

Notes Médicales

Autorisation d'Hospitalisation : Etablissement Hospitalier fréquenté: CHBC (Centre Hospitalier B

Antécédants Médicaux et traitement en cours	Commentaires - Hospitalisation

Régimes Alimentaires

Régime Alimentaire	Commentaires

Allergies, précisez la nature (asthme, alimentaire, ...)

Allergie	Commentaires

- Le représentant légal de chaque enfant certifie avoir souscrit une assurance (responsabilité civile) au nom de son enfant et couvrant tout dommage causé à autrui, dégradation du matériel ou équipement.
- Les heures et lieux de rendez-vous sont à respecter. La commune est responsable de l'enfant uniquement durant sa période de présence sur les différentes structures (pointage de présence faisant foi).
- En cas de manquement à la discipline, l'organisateur se réserve le droit de mettre fin à la participation de l'enfant ou du jeune aux différentes activités proposées par la commune.
- Pour un prélèvement automatique, joignez un RIB, sans quoi la facture vous sera expédiée et sera à régler au Trésor Public de Baud. En cas de prélèvement, le paiement en ticket ou chèque CESU ou chèque vacance est possible si vous réglez la partie correspondante dès réception de la facture au Trésor Public.

-Le responsable légal s'engage à mettre à jour cette fiche, y compris son quotient familial tout au long de l'année, en passant par le Portail Famille. Il est accessible via le site internet : www.plumelieu.fr (accès rapide à droite).

- Pour les inscriptions (vacances, aide aux devoirs, garderie, cantine, mercredis), vous devez privilégier le portail famille (ouvert aux pré inscriptions). Tout autre mode d'inscription (mail, téléphone, permanence) ne sera pas prioritaire.

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant certifie avoir pris connaissance des conditions figurant sur le dossier d'inscription.

Date, Signature(s)
Mentionnez "Lu et Approuvé"