

DOSSIER

D'INSCRIPTION

ESPACE JEUNES

2022-2023

Nom -----

Prénom-----

Classe-----



Dossier à retourner complet a TI GWER

PIÈCES A RETOURNER :

p.1 : Page de garde	
p.3 : Fiche enfant	
p.4 : Fiche sanitaire	
p.5 : Fiche autorisation	
p.6 : Fiche adresses différentes des parents	
p.7 : Formulaire prélèvement automatique	
p.8 : Signatures	
Attestation d'assurance <u>extra-scolaire</u>	

PIÈCES A CONSERVER PAR LA FAMILLE :

p.9 à 11 : Charte de l'Espace Jeunes

p.12 : Fiche Tarifs et Contacts

Enfant

Nom

Prénom

Date de naissance

Dossier actif

Photos autorisées Sorties autorisées

Rentrer seul Test natation

Domicile

Adresse

Complément

Ville

E-mail

Téléphone

Monsieur

Nom/Prénom

E-Mail

Profession

Téléphone mobile

Téléphone bureau

Autorité parentale

Madame

Nom/Prénom

E-Mail

Profession

Téléphone mobile

Téléphone bureau

Autorité parentale

Medicales

Nom du médecin

Téléphone

Régime alimentaire

Vaccinations à jour jusqu'au

Hospitalisation PAI

Recommandations de la famille

Allocation

Nom de l'allocataire

Régime

Numéro allocataire

Assurance

Nom de la compagnie

Numéro de police

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom	Lien de parenté	Mobile	Domicile

Signature des parents

Nous reconnaissons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons à nous y conformer.

Le :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Informations complémentaires pour bien accueillir votre enfant :

Votre enfant a-t-il un suivi dans le secteur médico-social (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien...)?

O Oui O Non

Si oui précisez :

Votre enfant est-il porteur de handicap ?

O Oui O Non

FICHE AUTORISATION

Représentant légal 1 (nom, prénom) :

Et

Représentant légal 2 (nom, prénom) :

Représentants légaux, de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Classe :

Autorisation de diffusion

Nous autorisons

Nous n'autorisons pas

- La prise de vue à titre gratuit et l'utilisation des photographies réalisées de mon enfant dans un but strictement pédagogique ou éducatif.
- La fixation matérielle de ces photographies par tous les procédés techniques (enregistrement numérique, sur tous supports et en tous formats, tels que cédérom, dévédérom).
- La transmission ou stockage permanent dans un support de masse, ou via un réseau y compris internet.
- Nous attestons avoir pris connaissance du fait que nous disposons d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données concernant mon enfant (article 34 de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée).
- La diffusion de notre adresse mail à l'association des parents d'élèves (APE).

Décharge parentale

Nous autorisons notre enfant à rentrer seul

Nous n'autorisons PAS notre enfant à rentrer seul

Je reconnais avoir été informé(e) que mon enfant sera sous mon entière responsabilité et que la commune de Plouneour-Menez décline toute responsabilité dès lors que les parents autorisent leur(s) enfant(s) à rentrer seul.

Ajouter la mention manuscrite « lu et approuvé-bon pour accord »

Le.....

Signature de la mère

Signature du père

SI ADRESSES DIFFERENTES DES PARENTS

PERE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :

MAIL :

**La facture Espace Jeunes sera adressée au domicile du père
(Veuillez cocher la case)**

MERE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

TELEPHONE :

MAIL :

**La facture Espace jeunes sera adressée au domicile de la mère
(Veuillez cocher la case)**

Le.....

Le.....

Signature de la mère

Signature du père



Commune de Plounéour-Menez
6 place de la mairie 29410 Plounéour-Menez
Téléphone : 02.98.78.01.17

OPTEZ POUR LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE !

Vos factures Garderie, Accueil de loisirs/Espace jeunes et cantine seront ainsi réglées selon les modalités suivantes :
Remplissez ce formulaire et transmettez-le **accompagné d'un RIB-IBAN** à la mairie de **Plounéour-Menez**.

A défaut de dénonciation de votre part par courrier expédié en temps utile à la mairie de Plounéour-Menez, le prélèvement automatique sera reconduit.

DEMANDE D'ADHESION AU PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

La présente instruction demeure valable jusqu'à ce que j'en demande l'annulation par lettre adressée à la mairie de **Plounéour-Menez** en temps utile.

A _____ le _____
Signature

AUTORISATION DE PRELEVEMENT (à ne pas séparer)

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par la Commune de Plounéour-Menez. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° National Emetteur
548422

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation de l'organisme encaisseur			
Nom - Prénom	Trésorerie Morlaix Banlieue			
Adresse	Centre des Finances Publiques Place du Pouliet			
	29600 MORLAIX			
Désignation de l'établissement teneur du compte à débiter et adresse de l'établissement	Désignation du compte à débiter			
	Banque	Guichet	N° Compte	Clé RIB

A _____ le _____
Signature

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès des créanciers à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la CNIL.

SIGNATURES

Merci de compléter, signer et nous retourner :

Nous soussignons,

(parents).....

avons pris connaissance de la charte de l'Espace Jeunes et nous engageons à le respecter.

Je soussigné, (nom, prénom de l'adhérent)

ai pris connaissance de la charte de l'Espace Jeunes et m'engage à le respecter.

Fait à : Date :

Signature(s) parent(s),

Signature adhérent,