

DOSSIER D'INSCRIPTION

SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

2022-2023

Nom -----

Prénom-----

Classe-----



ÉCOLE

CANTINE

GARDERIE

ALSH

Dossier à retourner complet a
TI GWER avant le 27 juin 2022

Rentrée 2022-2023

Ce dossier unique de demande d'inscription vous permet d'inscrire
votre (vos) enfant(s) en une seule fois :

Ecole

Garderie

Cantine

Accueil de loisirs (ALSH)

Le dossier d'inscription est à retourner dûment complété et accompagné des
justificatifs demandés : Ti Gwer-Service Enfance, rue Jules Ferry

29 410 PLOUONEOUR MENEZ

Tout dossier incomplet ne pourra être traité



*Les enfants inscrits en maternelles doivent
apporter une **serviette de table**. Privilégiez les
serviettes munies d'un élastique, plus faciles à
enfiler et à enlever que celles à scratch.*

Inscrivez son nom dessus.



PIÈCES A RETOURNER :

| | |
|---|--|
| p.1 : Page de garde | |
| p.5 : Fiche enfant | |
| p.6 : Fiche sanitaire | |
| p.7 : Fiche autorisation et inscription | |
| p.8 : Fiche adresses différentes des parents | |
| p. 9 : Formulaire prélèvement automatique | |
| Attestation d'assurance <u>extra-scolaire et scolaire</u> | |
| Serviette de table pour les maternelles | |

PIÈCES A CONSERVER PAR LA FAMILLE :

p.10 à 14 : Charte des accueils périscolaire et extra-scolaire

p.15 : Fiche Tarifs

p.16 : Fiche contacts

| | | | |
|-------------------|---|-----------------|----------------------|
| Enfant | | Domicile | |
| Nom | <input type="text"/> | Adresse | <input type="text"/> |
| Prénom | <input type="text"/> | Complément | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> | Ville | <input type="text"/> |
| Dossier actif | <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |
| Photos autorisées | <input type="checkbox"/> | Téléphone | <input type="text"/> |
| Rentrer seul | <input type="checkbox"/> | | |
| | Sorties autorisées <input type="checkbox"/> | | |
| | Test natation <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Monsieur | | Madame | |
| Nom/Prénom | <input type="text"/> | Nom/Prénom | <input type="text"/> |
| E-Mail | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |
| Profession | <input type="text"/> | Profession | <input type="text"/> |
| Téléphone mobile | <input type="text"/> | Téléphone mobile | <input type="text"/> |
| Téléphone bureau | <input type="text"/> | Téléphone bureau | <input type="text"/> |
| Autorité parentale | <input type="text"/> | Autorité parentale | <input type="text"/> |

| | | | |
|-------------------------------|--|----------------------|----------------------|
| Medicales | | Allocation | |
| Nom du médecin | <input type="text"/> | Nom de l'allocataire | <input type="text"/> |
| Téléphone | <input type="text"/> | Régime | <input type="text"/> |
| Régime alimentaire | <input type="text"/> | Numéro allocataire | <input type="text"/> |
| Vaccinations à jour | <input type="checkbox"/> jusqu'au <input type="text"/> | | |
| Hospitalisation | <input type="checkbox"/> PAI <input type="text"/> | | |
| Recommandations de la famille | <input type="text"/> | | |

| Personnes habilitées à venir chercher l'enfant | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nom | Lien de parenté | Mobile | Domicile |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Signature des parents

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



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 |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | 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

MEDICAMENTEUSES 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 ET INSCRIPTION CANTINE

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.

Inscription Cantine

FORFAIT : Nous inscrivons notre enfant toute l'année, 4 jours par semaine à la cantine.
Une seule inscription en début d'année est nécessaire

OCCASIONNEL : Nous inscrivons notre enfant de temps en temps à la cantine.
Une inscription avant le 25 du mois est nécessaire via le formulaire en ligne.
<https://www.plouneour-menez.bzh/grandir/inscriptions/>

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 Cantine/Garderie/ALSH sera adressée au domicile du père
(Veuillez cocher la case)**

MERE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE :

MAIL :

**La facture Cantine/Garderie/ALSH 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.