

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## ESPACE JEUNES

*Teuliad enskrivañ korn ar re yaouank*

**2026-2027**

**Nom - Anv :** -----

**Prénom - Kentanv :** -----

**Classe - Klasenn :** -----



Dossier à retourner complet a TI GWER  
*Teuliad da adkas klok da TI GWER*



## **PIÈCES A RETOURNER / PEZOÙ DA RETURNEL**

|                                                                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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 <b><u>Relevé d'identité bancaire (seulement si première demande ou changement)</u></b> |  |
| p.8 : Signatures                                                                                                                |  |
| Attestation d'assurance <u>extra-scolaire</u>                                                                                   |  |

## **PIÈCES A TELECHARGER**



sur [www.plouneour-menez.bzh](http://www.plouneour-menez.bzh) ou à retirer à Ti Gwer

Charte de l'Espace Jeunes

Fiche Tarifs

Fiche 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 |
|-----|-----------------|--------|----------|
|     |                 |        |          |
|     |                 |        |          |
|     |                 |        |          |
|     |                 |        |          |
|     |                 |        |          |
|     |                 |        |          |
|     |                 |        |          |

Nous reconnaissons avoir pris connaissance du projet éducatif, pédagogique et de la charte et nous nous engageons à nous y conformer.

Le .....  
Signatures

## 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

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

**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, dévéderom).
- 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 du **Représentant légal 1**

Signature du **Représentant légal 2**

**UNIQUEMENT SI ADRESSES DIFFÉRENTES DES PARENTS**

**REPRÉSENTANT LÉgal 1**

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

MAIL : .....

☐

*La facture Espace Jeunes sera adressée au domicile du REPRÉSENTANT LÉgal 1  
(Veuillez cocher la case)*

**REPRÉSENTANT LÉgal 2**

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

MAIL : .....

☐

*La facture Espace jeunes sera adressée au domicile de REPRÉSENTANT LÉgal 2  
(Veuillez cocher la case)*

Le.....

Le.....

Signature du **représentant légal 1**

Signature du **représentant légal 2**

**Pour une 1<sup>ère</sup> demande : joindre obligatoirement un RIB à ce formulaire**



**AUTORISATION DE PRELEVEMENT ET DEMANDE  
D'ADHESION AU PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**

| Désignation du(des) titulaire(s) du compte débité ou à débiter |           |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| Nom(s) - Prénom(s) :                                           | Adresse : |
| _____                                                          | _____     |
| _____                                                          | _____     |

☐ Je suis déjà prélevé(e) et je souhaite reconduire la demande initiale *(ne pas remplir l'encart en milieu de page, dater et signer le document)*

☐ Je suis déjà prélevé(e) et demande la modification du compte à débiter *(compléter le document et joindre le nouveau RIB)*

à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

☐ Je souhaite mettre en place le prélèvement *(compléter le document et joindre un RIB)*

à partir du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 Plouneour-Menez (factures Garderie, Accueil de loisirs/Espace jeunes et Cantine). 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.

|                                                                                         |                                                              |         |           |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------|-----------|---------|
| National Emetteur N° 548422                                                             | Centre des Finances Publique, 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 |
|                                                                                         |                                                              |         |           |         |

Cette demande est valable pour l(es) enfant(s) de la famille inscrit(s) au service Enfance/Jeunesse de la commune de Plouneour-Menez, et ce jusqu'à ce que j'en demande l'annulation par lettre ou la modification via un nouveau formulaire adressés à la mairie de Plouneour-Menez en temps utile \*\*.

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.

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

6, place de la Mairie - 29410 PLOUNEOUR-MENEZ Tel. 02 98 78 0117  
E-mail : [mairie@plouneour-menez.bzh](mailto:mairie@plouneour-menez.bzh)



## SIGNATURES

### **Merci de compléter, signer et nous retourner :**

Nous soussignons, (représentants légaux).....

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) des représentants légaux,

Signature du jeune,