



# ACTI'EVELLYS 2024-2025

Activités pour les jeunes –  
Du Cm2 à la 3<sup>ème</sup>

(Uniquement pour les enfants qui n'auraient pas un dossier d'inscription ALSH et périscolaire pour l'année 2023-2024 ou Acti'Evellys toussaint 2023 et février 2024)

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

### DOCUMENTS A TRANSMETTRE

- Copie de l'attestation de QF CAF / MSA
- Attestation d'assurance de responsabilité civile
- Copie du carnet de vaccination
- Projet d'accueil individualisé (PAI) si besoin.

### RENSEIGNEMENTS GENERAUX

#### ENFANT

Nom de naissance : ..... Prénom : .....  
 Date et lieu de naissance : ..... Sexe : M F  
 Adresse : .....  
 Assurance (nom et adresse) : .....

#### Représentant légal – Parent 1

Autorité parentale : Oui Non  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Situation familiale : Marié Veuf Célibataire  
 Séparé Concubinage Pacsé  
 Téléphone Portable : .....  
 Téléphone Travail : .....  
 Adresse mail : .....

#### Représentant légal – Parent 2

Autorité parentale : Oui Non  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Situation familiale : Marié Veuf Célibataire  
 Séparé Concubinage Pacsé  
 Téléphone Portable : .....  
 Téléphone Travail : .....  
 Adresse mail : .....

### SITUATION FAMILIALE

#### En cas de divorce, séparation, litiges familiaux, quel parent a la garde de l'enfant ?

La mère Le père Garde alternée : (Préciser\*) .....

*\*Merci de bien vouloir fournir un planning de garde pour que nous sachions qui vient chercher l'enfant. Les deux parents, même séparés, ont le droit de venir chercher leur enfant à la sortie de l'activité, sauf si la garde n'est accordée qu'à l'un des parents. Dans ce cas, le parent concerné devra fournir avec le dossier d'inscription, une photocopie du jugement de divorce mentionnant qu'il a seul la garde de l'enfant.*

#### Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Autorité parentale : OUI NON Organisme : .....

Personne référent (Nom/Prénom) : ..... Fonction : .....

Lien avec l'enfant : ..... Adresse : .....

Téléphone Portable : ..... Travail : .....

Adresse mail : .....@.....

### REGIME SOCIAL

Régime dont l'enfant est rattaché : CAF MSA

Numéro Allocataire : .....

Autorisation pour utiliser CAFPARTENAIRE :  OUI  NON (Si non tarification coefficient 3)

## AUTORISATION PARENTALE OU DES REPRÉSENTANTS LEGAUX DU DROIT A L'IMAGE

Je (nous) soussigné(e) Mme et/ou M. ....

Agissant en tant que représentant légal de l'enfant .....

Autorise la prise de photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités périscolaires/accueil de loisirs/activités communales pour l'année 2023, la diffusion et la publication de photographies le représentant dans le cadre strictement énoncé ci-après : sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités et notamment la presse écrite et le site internet de la commune d'Evellys ou ses réseaux sociaux.

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique). Cette utilisation ne concerne que la durée de vie de la présentation (ou du site) précisée. Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti.

OUI

NON

Fait à : ..... Le : .....

Signature du (des) représentant légal (aux) :

## INFORMATION LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES » ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour permettre l'inscription de votre enfant à ACTI'EVELLYS. En cas de changement d'adresse électronique, la mairie devra en être informée. Votre adresse e-mail faisant l'objet d'un traitement automatisé, vous disposez, à tout moment, conformément à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, d'un droit d'accès, de rectification, ou de suppression de l'information relative à votre adresse e-mail. Pour l'exercer, adressez-vous à votre mairie déléguée. Cette information nominative est exclusivement à l'usage de la mairie et ne peut être communiquée à des tiers.

Fait à : ..... le :

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

## AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE DE L'ENFANT

J'autorise mon enfant à rentrer seul ? OUI NON

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la mairie d'Evellys de tout changement éventuels (adresse, problèmes de santé, situation familiale...)

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif à ACTI'EVELLYS et déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer. OUI NON

Fait à : ..... le :

### Signatures :

Père ou tuteur légal :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Mère ou tutrice légale :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

# ACT'EVELLYS : INSCRIPTION AUX ACTIVITES VACANCES D'ETE 2024

NOM – Prénom : ..... Tel : ..... Email : .....

## Mode d'emploi

- 1- Je regarde tout d'abord quel quotient familial j'ai (attestation CAF ou MSA).
- 2- Je vérifie quels tarifs me seront facturés selon mon quotient.
- 3- Je choisis avec mon enfant les activités qu'il souhaite faire en fonction du planning proposé.
- 4- Je coche les cases correspondantes.
- 5- Pour les sorties à la journée, cochez matin et après-midi
- 6- Je calcule en fonction de mon coeff.
- 7- **Je fais mon règlement par chèque à l'ordre du « TRESOR PUBLIC ».**
- 8- Je renvoie mon dossier complet sur une des 3 mairies : Naizin, Remungol ou Moustoir-Remungol.
- 9- J'attends le retour du responsable enfance jeunesse pour valider définitivement les options choisies.

**En cas d'annulation :** C'est la même règle qu'à l'accueil de loisirs : 8 jours avant pour annuler en envoyant un mail (resp.jeunesse@evellys.bzh) ou SMS (07 86 34 22 35) à Jean-François.

## Le planning de réservation

Jour	Garderie Matin	Garderie soir	Matin	Déjeuner Atelier Repas	Après-Midi	Repas Soir	Soirée
Lundi 8							
Mardi 9							
Mercredi 10							
Jeudi 11							
Vendredi 12							
Lundi 15							
Mardi 16							
Mercredi 17							
Jeudi 18							
Vendredi 19							
Lundi 22							
Mardi 23							
Mercredi 24							
Jeudi 25							
Vendredi 26							
Lundi 29							
Mardi 30							
Mercredi 31							
Jeudi 1							
Vendredi 2							
<b>TOTAL</b>	<i>Nbr de forfaits Garderie :</i>		<i>Nbr de matins :</i>	<i>Nbr Déjeuner atelier repas :</i>	<i>Nbr d' A-midis :</i>	<i>Nbr de repas soir :</i>	<i>Nbr de soirées :</i>
Coeff <800 €	1 €		3 €	3.40 €	3 €	3.40 €	3 €
800 € < Coeff < 1200€			4 €		4 €		4 €
Coeff > 1200 €			4.5 €		4.5 €		4.5 €
Extérieurs			5 €		5 €		5 €
Calcul coeff X nbr	X		X	x	X	x	x
<b>TOTAL</b>	€		€	€	€	€	€
<b>TOTAL GENERAL</b> <i>Garderies + Matins + A-Midi + Repas + soirées</i>				€			

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

2024

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE 

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2025. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.**

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio		BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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 pris sans ordonnance.**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?**

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>				

**Allergies:**    **ASTHME** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non     **MÉDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

---

---

**En cas de régime alimentaire, précisez :**

**SANS VIANDE**

**SANS PORC**

**Indiquez ci-après:**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

---

**Recommandations utiles des parents:**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

**BAIGNADE** : SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

**Observations diverses :**

---

---

#### **4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date :

Signature: