

# DOSSIER 2024 D'INSCRIPTION



Mon enfant utilisera les services :

<b>SERVICES ALSH</b>	COCHER
Accueil de loisirs sans hébergement	
Garderie de ..... (N/MR/R)	
<b>SERVICES PERISCOLAIRES</b>	COCHER
Cantine	
Garderie	

<b>DOCUMENTS A TRANSMETTRE</b>	Administration
Copie de l'attestation du quotient familial CAF/MSA de moins de 3 mois	
Attestation d'assurance de responsabilité civile	
Copie du carnet de vaccination	
Projet d'accueil individualisé (PAI) <b>si mis en place (Projet et certificat médical)</b>	

## MODALITES D'INSCRIPTION

Les informations sont répétées sur chaque documents, veuillez à bien lire les informations ainsi que le règlement intérieur.

Les inscriptions pour les services périscolaires et ALSH se font désormais via le portail famille et/ou auprès des mairies déléguées.

### INSCRIPTION/ADMINISTRATIF/FACTURE

Directrice adjointe : 07.86.21.97.47

Mail : [periscolairevellys@cmc.bzh](mailto:periscolairevellys@cmc.bzh)

**Le dossier d'inscription doit être complété et retourné à l'accueil de loisirs et/ou dans les mairies déléguées.**

**Veillez à bien signer et joindre les pièces demandées.**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

**ENFANT**

Nom de naissance :

Prénom :

Date et Lieu de Naissance : .....

Sexe :  M  F

Adresse : .....

Ecole et classe fréquentée pour l'année 2024-2025:

Assurance (nom et adresse)

Numéro de Police : .....

**Représentant légal – PARENT 1**

Autorité parentale :  OUI  NON

Nom : ..... Prénom : .....

Profession et Employeur.....

Situation Familiale :

Marié  Veuve  Célibataire  Séparé  Concubinage  
 Pacsé

Adresse : .....

Téléphone Portable : .....

Domicile : .....

Travail : .....

Courriel : .....@.....

**Représentant légal – PARENT 2**

Autorité parentale :  OUI  NON

Nom : ..... Prénom : .....

Profession et Employeur.....

Situation Familiale :

Marié  Veuve  Célibataire  Séparé  Concubinage  
 Pacsé

Adresse : .....

Téléphone Portable : .....

Domicile : .....

Travail : .....

Courriel : .....@.....

## 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 classe, 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 :** .....

**Domicile :** .....

**Travail :** .....

**Courriel :** .....@.....

## REGIME SOCIAL

Régime dont l'enfant est rattaché :  CAF  MSA

**Numéro Allocataire :** .....

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

## PERSONNES RESSOURCES

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU  
AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT AUTRE QUE LES  
PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX

**(Au moins 1 personne obligatoire)**

**Nom et Prénom :** .....

À appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant :

.....

Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : .....

.....

Téléphone Portable : .....

Domicile : .....

Travail : .....

---

---

**Nom et Prénom :** .....

À appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant :

.....

Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : .....

.....

Téléphone Portable : .....

Domicile : .....

Travail : .....

---

---

**Nom et Prénom :** .....

À appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant :

.....

Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : .....

.....

Téléphone Portable : .....

Domicile : .....

Travail : .....

**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 scolaire 2024-2025, 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 l'accueil de loisirs sans hébergement et de la garderie.

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**

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

OUI  NON

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif à l'accueil de loisirs sans hébergement et aux services périscolaires, 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 »*

Signature de l'enfant:

**COMMENTAIRES**

**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"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

**Allergies:**    **ASTHME** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non     **MEDICAMENTEUSES** 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: