

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE DE L'ENFANT

Représentant légal Mère Père Tuteur

Nom et prénom *:

Nom et prénom *:

Adresse *:

Adresse *:

Tél. domicile*:

Tél. domicile*:

Tél. portable*:

Tél. portable*:

Tél. travail*:

Tél. travail*:

E-mail (*facultatif*):

E-mail (*facultatif*):

Ce mail ne sera utilisé que pour une bonne organisation du service et peut permettre de vous relayer des informations.

Souhaitez vous recevoir des informations relatives au service oui non

Les factures seront envoyées par courrier à un seul responsable.

Merci de choisir : Mère Père Tuteur

Autre (adresse à préciser si différente de l'adresse ci-dessus)

.....
.....

Personne à prévenir en priorité :

Numéro de téléphone :

Autres personnes à prévenir en cas d'incidents pour venir chercher l'enfant ou le jeune :

Personne(s) autorisée(s) à récupérer votre enfant			Cocher le(s) service(s) concerné(s) par cette autorisation			
NOM et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Garderie*	Cantine*	Accueil de Loisirs Mercredi	Accueil de loisirs Vacances

Autorisez-vous votre enfant à quitter seul la structure ?

	OUI	NON	Si oui, préciser horaires
Garderie			
Accueil de Loisirs En- fance			

DROIT A L'IMAGE

J'autorise les services municipaux, conformément à l'article 9 du Code Civil sur « le droit à l'image et au son » et l'article 121-2 du Code de la Propriété intellectuelle, à utiliser les photographies, films et œuvres originales réalisés dans le cadre du service, pour les besoins éventuels de la Municipalité (plaquettes, presse, exposition).

OUI

NON

Dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires, j'autorise les services municipaux, à organiser le transport de mon enfant. OUI NON

Renseignements complémentaires concernant le responsable destinataire des factures

Numéro CAF : Numéro allocataires MSA :

(Barrer la mention inutile) ou autre (précisez) :

Attestation d'assurance responsabilité civile et dommages corporels obligatoire, elle doit être fournie et à jour.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM *:

Prénoms *(dans l'ordre de l'état civil) :

Date et lieu de naissance *:.....

Médecin traitant : Numéro de téléphone *:

Taille : Poids : (Renseignements nécessaires en cas d'urgence médicale)

- Si l'enfant n'a pas effectué les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical ou contre-indication

- Y-a-t-il un Protocole Accueil Individualisé (PAI) pour votre enfant ? OUI NON

Les parents dont les enfants sont soumis à un régime ou une particularité alimentaire doivent en informer l'école et la Mairie (auprès de Mme GARANDEL Stéphanie) et contractualiser un PAI afin que leur enfant soit pris en charge de façon optimisée.

Les agents communaux ne sont pas habilités à donner des médicaments aux enfants même sur présentation d'une ordonnance médicale, sauf dans le cadre d'un PAI ; *Toutefois, il est possible qu'un tiers (identifié au préalable auprès de l'équipe communale) puisse intervenir pour donner un médicament à un enfant**

→ Pour ce faire, les parents fournissent :

- Un certificat médical établi par un médecin qui est présenté au responsable du restaurant où l'enfant est accueilli, accompagné d'une photo, pour statuer sur les possibilités de préparer un repas spécifique respectant en tout point la prescription médicale.
- Et/ou un protocole d'intervention d'urgence accompagné d'une trousse identifiée au nom/prénom de l'enfant, de son école et sa classe (conservé dans un local sécurisé).

Il est rappelé que les intolérances (lactose, œufs...) mentionnées sur le dossier unique ne pourront être suivies individuellement que si un avis médical justifie un problème de santé particulier.

(Si votre enfant n'est pas scolarisé à Plouézec, merci de contacter le service que fréquente votre enfant afin que les responsables aient connaissance du protocole du PAI)

- Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON Précisez :

- A t-il des allergies connues ? OUI NON

Si oui description succincte et conduite à tenir :

- Recommandations utiles *

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, diabolos, prothèses (dentaires, auditives...) ? Précisez :

.....
.....

Autres renseignements que vous souhaitez nous communiquer :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je, soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le médecin intervenant ou l'équipe d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...).

J'autorise le responsable des services habilités à utiliser les données recueillies pour l'efficacité de la prise en charge de mon enfant.

Je reconnais l'exactitude des données.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

PIECES A FOURNIR :

- Une attestation d'assurance responsabilité civile et dommages corporels
- Une photocopie du carnet de vaccination
- Un relevé d'identité bancaire si choix du prélèvement automatique des factures pour signer l'autorisation de prélèvement, à la mairie.
- Une copie du livret de famille
- Une attestation «Quotient familial» pour les enfants domiciliés ou scolarisés à Plouézec et pour ceux qui participe à l'accueil de loisirs (En l'absence de ce document, le tarif le plus élevé sera appliqué)

Ce document est disponible sur le site de la CAF (avec n° d'allocataire et identifiant)

Pensez à prévenir les services de la Mairie en cas de changement de situation, de numéro de téléphone...