

☐ RESTAURANT SCOLAIRE

☐ ACCUEIL DE LOISIRS

☐ GARDERIE (ACCUEIL PERISCOLAIRE)

☐ ESPACE JEUNES

2021-2022

RENSEIGNEMENTS concernant l'enfant

Nom & prénom

Sexe

Date de naissance

Ecole

Classe

RENSEIGNEMENTS concernant les responsables de l'enfant

Qualité du responsable 1

+ Parent (père ou mère)

- ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e)
☐ Concubin(e) ☐ Séparé(e)
☐ Célibataire ☐ Divorcé(e)
☐ Veuf(ve)

+ Autres

- ☐ Tuteur ☐ Famille d'accueil
☐ Autres : précisez _____

Nom & prénom

Adresse

Date et lieu de naissance

Téléphone

Mail

Employeur : nom, adresse, n° de téléphone

Qualité du responsable 2

+ Parent (père ou mère)

- ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e)
☐ Concubin(e) ☐ Séparé(e)
☐ Célibataire ☐ Divorcé(e)
☐ Veuf(ve)

+ Autres

- ☐ Tuteur ☐ Famille d'accueil
☐ Autres : précisez _____

Nom & prénom

Adresse

Date et lieu de naissance

Téléphone

Mail

Employeur : nom, adresse, n° de téléphone

Personnes autorisées à prendre l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)

Nom & prénom

Lien avec l'enfant

Adresse

Téléphone

VOTRE ENFANT DOIT ETRE COUVERT PAR UNE ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET
PAR UNE ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT



RENSEIGNEMENTS médicaux

Code de l'action sociale et des familles

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

I - Vaccinations :

Merci de joindre obligatoirement une photocopie des vaccinations ou une attestation du médecin précisant que les vaccinations sont à jour.
Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant est-il concerné par un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une copie du PAI

Allergies :

Médicamenteuses ☐ Oui ☐ Non Asthme ☐ Oui ☐ Non

Alimentaires ☐ Oui ☐ Non Autres ☐ Oui ☐ Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, régime alimentaire particulier, etc... ?

AUTORISATION FACULTATIVE

☐ autorise l'enfant à quitter seul l'accueil de loisirs et/ou la garderie après 17h

INSCRIPTION au restaurant scolaire

Cochez les cases correspondant aux jours de fréquentation

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

La présence au restaurant scolaire est établie au jour le jour à l'école. Cependant, en cas d'absence prévue, merci de prévenir la responsable de cuisine 15 jours minimum avant l'absence afin de limiter les déchets alimentaires.

Pour les personnes ayant un planning variable, vous pouvez inscrire votre enfant 15 jours avant sa présence au restaurant scolaire.

DROIT A L'IMAGE

Autorise le service "enfance jeunesse", la restauration scolaire de la ville à diffuser la photo de mon enfant sur les différents supports d'information et de communication (journaux, photos exposées au centre de loisirs, mairie infos) : ☐ Oui ☐ Non

Tarifs dégressifs en fonction du quotient familial

Facture à adresser à (nom et adresse)

Les tarifs dégressifs en fonction du quotient familial sont valables uniquement pour les habitants d'Elliant et Tourc'h.

Le tarif maximum est appliqué en l'absence de renseignements sur le quotient familial

+ Vous êtes allocataire de la CAF du Finistère

☐ J'autorise la commune à utiliser le site professionnel de la CAF pour avoir accès au quotient familial.

Nom de l'allocataire : _____ N° allocataire : _____

☐ Je n'autorise pas la commune à utiliser le site professionnel de la CAF. Dans ce cas, nous vous invitons à joindre une attestation sur laquelle figure le quotient familial.

+ Vous êtes allocataire d'une CAF hors Finistère

Fournir une attestation de la CAF Si vous venez d'emménager à Elliant ou Tourc'h et que vous venez d'un autre département que le Finistère et que le transfert entre les 2 CAF ne s'est pas encore effectué.

+ Vous êtes allocataire de la MSA

Merci de joindre une attestation sur laquelle figure le quotient familial.

PROTECTION des données personnelles

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Les données sont susceptibles d'être exploitées par les différents services municipaux. Vous disposez du droit de s'opposer à la portabilité des données.

Les données sont conservées un an après la date de la dernière utilisation des services, après quoi elles seront détruites. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique : dpd@cca.bzh

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant désigné(e) sur cette fiche, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Je m'engage à faire connaître tout changement de nature à modifier le tarif applicable ou tout changement de situation.

Fait à :

Le :

SIGNATURE