

# DOSSIER ENFANT

## Année 2024-2025

Dossier utilisé pour la maison de l'enfance comprenant les services suivants :

- ALSH (vacances scolaires et mercredis),
- Camps/mini séjours (vacances scolaires),
- Garderie et Restaurant périscolaire

### ENFANT

NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance : / /

Âge :

Nationalité :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Ecole :

Classe :

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché :

Reconnaissance allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : Oui  Non

(Si oui, merci de joindre l'attestation de reconnaissance à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé)

Nom et N° de mutuelle auquel l'enfant est rattaché :

Compagnie d'assurance qui assure l'enfant :

Joindre une copie d'attestation d'assurance en responsabilité civile pour les temps périscolaires et extrascolaires

Joindre une attestation de quotient familial à jour à demander auprès des organismes (CAF, MSA, autres...)

## REPRESENTANTS/RESPONSABLES LEGAUX

### PARENTS

#### PARENT 1

NOM :

Prénom :

Sexe :

Nationalité :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal :

Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

@ :

N° allocataire (CAF, MSA ...) :

**Joindre une attestation de quotient familial**

#### PARENT 2

NOM :

Prénom :

Sexe :

Nationalité :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal :

Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

@ :

N° allocataire (CAF, MSA ...) :

**Joindre une attestation de quotient familial**

**Situation familiale** : Concubinage  Pacsé  Marié  Séparé  Divorcé  Célibataire  Veuf

**Droits de garde/séparation des parents** : **Joindre une attestation du jugement**

- Qui détient l'autorité parentale ? Les deux  Mère  Père
- Modalités d'organisation de la garde : partagée  Alternée
- Quelle facturation souhaitez-vous ? : partagée  Alternée (joindre un calendrier)  Mère  Père

**Moyen de paiement** :

Prélèvement (joindre un RIB uniquement en cas de changement de coordonnées bancaires et remplir le mandat SEPA joint)

Paiement à réception de la facture (par TIPI, à la maison de la presse à Plumelec (pour les montants inférieurs à 300€) ou par chèque bancaire, CESU, ANCV, espèces directement à la trésorerie)

Cette fiche de renseignements ne vaut pas réservation des repas sur le site du portail familles.

## FAMILLE D'ACCUEIL ou TUTEURS LEGAUX

NOM :

Prénom :

Sexe :

Nationalité :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal :

Commune :

Tél. Fixe : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. Pro. : / / / /

@ :

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom du médecin traitant :

Commune :

Téléphone :

### MALADIES : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Angine

Coqueluche

Varicelle

Otite

Rubéole

Rougeole

Scarlatine

Oreillons

Rhumatisme articulaire aigüe

### VACCINATIONS

**Fournir une copie des pages de vaccination à jour du carnet de santé**

Pour les enfants nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018, les vaccinations suivantes sont obligatoires pour la vie en collectivité : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP).

Pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, les vaccinations suivantes sont obligatoires pour la vie en collectivité : coqueluche, l'Haemophilus influenzae B, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, les oreillons, la rougeole, la rubéole, Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, fournir un certificat médical de contre-indication. **ATTENTION** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### ALLERGIES

Asthme

Médicamenteuse

Alimentaire

Autres

Précisez la cause de l'allergie :

Indiquez la conduite à tenir :

### TRAITEMENT MEDICAL

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place pour votre enfant ? Oui  Non

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui dans le cadre du PAI, **joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants**

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Des difficultés particulières de santé (maladies, accidents, crise convulsive...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles (port de lunettes/lentilles/prothèse auditive ou dentaire...) :

Votre enfant a-t-il des intolérances alimentaires ? Si oui, merci de les justifier par un avis médical à joindre au dossier.

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les responsables légaux)

NOM	Prénom	Téléphone(s)	Commune de résidence	Lien avec l'enfant	Autorisé à venir chercher l'enfant (mettre une x)	A contacter en cas d'urgence (mettre une x)

## AUTORISATIONS PARENTALES

- ❖ J'autorise mon enfant (à partir du CP)..... à quitter l'ALSH/le lieu d'activité **seul** sur les plages horaires de départ de la structure (entre 11h45 et 12h/entre 13h et 14h/à partir de 16h30) ou à la fin de l'activité. Merci de préciser l'heure de départ de l'enfant lors de l'inscription :      Oui       Non   
**Mon enfant ne sera alors plus sous la responsabilité de la commune.**
- ❖ J'autorise mon enfant à participer aux activités nautiques et aux baignades organisées dans le cadre des activités de l'ALSH. La participation aux activités nautiques est conditionnée à la présentation d'un test d'aisance aquatique.      Oui       Non
- ❖ J'autorise mon enfant à utiliser les transports mis en place par la commune afin que mon enfant puisse participer à des activités en-dehors de la structure.      Oui       Non
- ❖ J'autorise l'équipe d'animation à faire des photos ou des films de mon enfant, seul ou en groupe, et à les utiliser à des fins de communication (bulletin communal annuel, journaux, site internet...).      Oui       Non
- ❖ J'autorise le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident et de maladies inattendues de mon enfant et décharge la direction de la structure de toute responsabilité lors du trajet jusqu'à l'hôpital.      Oui       Non
- ❖ J'autorise l'équipe médicale de l'hôpital à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de mon enfant.      Oui       Non
- ❖ J'autorise les services de la commune de Plumelec à utiliser le service CAF Pro afin de consulter les ressources à prendre en compte pour la facturation effectuée selon le quotient familial (Si vous répondez non, sans justificatif, vous serez facturé sur la tranche la plus élevée).      Oui       Non
- ❖ J'autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour me transmettre les documents des services communaux (informations, fiche de préinscription...).      Oui       Non

Nous, soussignés, ..... et ....., responsables légaux de l'enfant, attestons avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la maison de l'enfance et du restaurant scolaire de Plumelec (disponibles sur le site internet de la mairie : [www.plumelec.org](http://www.plumelec.org) ou en structure). Nous en acceptons les clauses.

Nous attestons exacts les renseignements portés sur ce dossier et nous nous engageons à faire part d'éventuelles modifications dans les plus brefs délais.

**Date(s) et signatures des représentants légaux précédées de la mention « Lu et approuvé » :**

### Cadre réservé au personnel de l'ALSH

- Copie du carnet de vaccinations
- Attestation quotient familial (CAF, MSA...) à jour
- Attestation d'assurance en responsabilité civile
- PAI si nécessaire
- Attestation allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- Mandat SEPA rempli **avec RIB**
- Copie du test d'aisance aquatique pour la pratique des activités nautiques (pour les camps)