



ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

DOSSIER D'INSCRIPTION

SERVICES MUNICIPAUX DE PLOUEZEC

Votre enfant fréquentera les **services périscolaires** (accueil du matin et/ ou du soir, pause méridienne) et **extrascolaires** (ALSH) de la collectivité, **régulièrement ou occasionnellement**.

Ce dossier, valable pour l'année scolaire 2024-2025, est à remplir pour chaque enfant.

Tout changement :

Coordonnées téléphoniques, coordonnées postales, situation familiale ou autre est à signaler au service enfance jeunesse.

Par mail : enfancejeunesse@plouezec.bzh ou par téléphone : 02.96.20.64.90

Ce dossier est à rendre au plus tard le 30 septembre de l'année en cours, ou lors du premier jour de fréquentation des services municipaux.

Renseignements de l'enfant :

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Etablissement scolaire de l'année antérieure :
Classe de l'année antérieure :

LISTE DES PIECES A FOURNIR

1. Attestation d'assurance : responsabilité civile et dommages corporels.
2. Photocopie du carnet de vaccination. (**si les vaccins obligatoires ne sont pas effectués, merci de joindre un certificat médical de contre-indication**),
3. Photocopie du livret de famille,
4. Attestation du coefficient familial,
5. Règlement intérieur (à retourner signé par l'enfant et par les parents).

Renseignements des parents / représentants légaux:

Rayer les mentions inutiles

Père

Mère

Tuteur

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Domicile :

Téléphone travail :

Adresse mail :

Rayer les mentions inutiles

Père

Mère

Tuteur

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable : Domicile :

Téléphone travail :

Adresse mail :

L'adresse mail est utilisée à des fins uniques de communication et de création de l'espace famille.

Les factures sont à adresser sur l'adresse mail de : Père Mère Tuteur

La / les personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Téléphone : Téléphone :

Autres personnes à contacter / autoriser à venir chercher votre enfant, sur les lieux d'accueil des services municipaux.

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE

Votre enfant est-il autorisé à quitter seul les structures d'accueil ?

	OUI	NON	SI OUI, PRECISER L'HORAIRE
Accueil du soir :			
Accueil de loisirs mercredi :			
Accueil de loisirs vacances :			

Le droit à l'image :

J'autorise, les services municipaux, conformément à l'article 9 du Code Civil sur les "droits 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 réalisées, dans le cadre du service, pour les besoins éventuels de la municipalité (Presse, exposition, blog).

oui

non

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

oui

non

Les renseignements médicaux : (renseignements nécessaires en cas de contact avec les services de secours)

Nom : Taille :
Prénom : Poids :
Date et lieu de naissance :
Médecin traitant :
Numéro de téléphone :

Votre enfant a-t-il des allergies ?

oui

non

Si oui, merci d'en faire la liste exhaustive.

.....
.....

Les intolérances / allergies ne pourront être suivies individuellement, que si elles sont accompagnées d'un avis médical.

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

oui

non

Si oui, merci de préciser lequel.

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

Votre enfant est-il soumis à la mise en place d'un P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé ?

oui

non

Si oui :

1. En informer la directrice de l'école, ainsi que le responsable du pôle enfance jeunesse.
2. Se rapprocher du médecin scolaire, afin d'établir le P.A.I.

Ce document, présentant les allergies / intolérances, **s'accompagne d'un protocole d'intervention d'urgence.**

Fournir une trousse portant **la photo, le nom, le prénom de votre enfant.** Elle doit contenir les **médicaments d'urgence**, ainsi qu'une **copie du P.A.I et de l'ordonnance.**

En cas d'allergie alimentaire : si le chef cuisinier ne peut garantir la préparation des repas sans risques de contamination, il vous sera demandé de faire un panier repas.

Recommandations utiles :

Port de lunettes, appareil dentaire, prothèses auditives ...

.....
.....

Je soussigné(e),....., responsable légal de
....., déclare exact les renseignements de ce dossier. J'autorise le médecin, ou l'équipe d'accueil, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence. (SAMU, pompiers, médecin, hospitalisation). De ce fait, j'autorise que soit communiqué les informations médicales de mon enfant, au personnels d'urgence.

Date :

Signature

