FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS (1er enfant)

NOM : ..... **PRENOM :** .....

☐ Garçon : ☐ Fille **DATE DE NAISSANCE :** .....

ECOLE : ☐ Saint-Gildas ☐ Communale **CLASSE (Sept. 2020) :** .....

☐ Four à Pain (Locmaria) ☐ Autres (Préciser) .....

Merci de cocher à titre informatif le(s) service(s) dont vous pensez avoir besoin au cours de l'année 2020/2021

☐ **Accueil Périscolaire** ☐ **Restaurant Scolaire** ☐ **ALSH Locqueltas/Locmaria-Grand-Champ**

☐ **TRANSPORTS SCOLAIRES :** ☐ MATIN ☐ SOIR
(se renseigner auprès de GMVA – 02.97.68.14.24)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT CET ENFANT :

Vaccins obligatoires : (joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé)

DT POLIO : ☐ NON ☐ OUI Date du dernier rappel : .....

Vaccins recommandés :

R.O.R : ☐ NON ☐ OUI Date du dernier rappel : .....

Hépatite B: ☐ NON ☐ OUI Date du dernier rappel : .....

Coqueluche : ☐ NON ☐ OUI Date du dernier rappel : .....

B.C.G. : ☐ NON ☐ OUI Date du dernier rappel : .....

Autres (préciser) : .....

L'Enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Si oui, cochez la case correspondante) :

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Otite

☐ Angine ☐ Scarlatine ☐ Rougeole ☐ Oreillons

L'enfant suit-il un traitement médical : ☐ NON ☐ OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Pas d'auto-médication, aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Allergie (Préciser l'allergène et recommandations particulière du médecin) : .....

.....

Asthme : ☐ NON ☐ OUI .....

Protocole : ☐ NON ☐ OUI .....

Alimentaires : ☐ NON ☐ OUI .....

Protocole : ☐ NON ☐ OUI .....

Médicamenteuses : ☐ NON ☐ OUI .....

Autres : ☐ NON ☐ OUI .....

Les difficultés de santé : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre : .....

.....

Autres recommandations à prendre (votre enfant porte t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, a-t-il le mal des transports,… ?) : .....

.....

Évènements particuliers de la vie de l'enfant que vous pensez utiles de nous communiquer : .....

.....

Date et signature(s) :

DOSSIER D'INSCRIPTION
Année scolaire 2020-2021
LOCQUELTAS / LOCMARIA-GD-CHAMP

☐ **ALSH** ☐ **Cantine**

☐ **Garderie périscolaire**

FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Ce dossier contient une fiche familiale et une fiche individuelle par enfant

Adulte 1 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Représentant légal

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Tél fixe : ..... Portable : .....

Mail : .....

Situation professionnelle (adulte 1) : Profession :.....

Employeur : ..... Tél professionnel : .....

Adresse employeur : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Situation matrimoniale : .....

Adulte 2 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Représentant légal

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Tél fixe : ..... Portable : .....

Mail : .....

Situation professionnelle (adulte 2) : Profession :.....

Employeur : ..... Tél professionnel : .....

Adresse employeur : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Vos enfants susceptibles d'être accueillis dans les services communaux :

	Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (JJ/MM/AA)
1			
2			
3			
4			

Chaque année, il est IMPORTANT de bien compléter toutes les rubriques de ce dossier, pour faciliter la prise en charge de vos enfants et les échanges avec les services communaux.
Merci de communiquer les modifications éventuelles en cours d'année à la Mairie de LOCQUELTAS (02.97.66.60.15 ou accueil.mairie@locqueltas.fr) ou à la Maison de l'enfance (02.97.66.67.24 ou maisondelenfance@locqueltas.fr)

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES A PRENDRE VOTRE (VOS) ENFANT(S) :

NOM	PRENOM	ADRESSE	Téléphone	Portable	Lien de Parenté

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE SI PARENTS NON JOIGNABLES :

NOM	PRENOM	ADRESSE	Téléphone	Portable	Lien de Parenté

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES ET MODES DE RÈGLEMENTS ACCEPTÉS

La tarification de l'ALSH et de l'accueil périscolaire est basée sur les QF (Quotients Familiaux), sans renseignement des informations demandées ci-dessous, le tarif le plus élevé sera appliqué.

N° de Sécurité Social du Responsable légal de l'enfant : .....

CAF : Indiquer votre numéro d'allocataire : .....

MSA : fournir obligatoirement une copie de l'attestation MSA indiquant le QF.

Autres régimes : fournir une attestation.

Bons CAF (pour ALSH) : fournir une copie de la notification de la CAF.

(La Caf verse des aides financières au gestionnaire pour le fonctionnement de l'ALSH afin de réduire le coût facturé aux familles).

Le système de gestion des services communaux est un système de prépaiement. Il faut donc que le compte de votre (vos) enfant(s) soit alimenté avant chaque consommation par les moyens suivants :

- Chèque à l'ordre de « Régie Monétique Locqueltas »
- Espèces (à déposer en Mairie)
- Paiement en ligne (demander les codes d'accès auprès des services de la Mairie)

Les chèques ANCV sont acceptés **UNIQUEMENT** pour l'ALSH
Les chèques CESU sont acceptés **UNIQUEMENT** pour l'accueil périscolaire et l'ALSH
Ces deux modes de règlement sont à effectuer une fois l'activité passée.

RESPONSABILITÉ CIVILE – POLICE D'ASSURANCE

Assurance Responsabilité Civile de votre enfant

Nom de la compagnie ..... N° Police : .....

Mentions obligatoires valables pour l'ensemble des activités :

Je soussigné(e) .....

- reconnais avoir eu connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile individuelle.
- autorise le Responsable des activités à prendre toutes les mesures nécessaires à l'état de santé (soins, hospitalisation, intervention chirurgicale) de mon (mes) enfant(s)
- m'engage à payer les frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels

Autorisation de soins et secours pour toute fréquentation des services périscolaires et extrascolaires.

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Docteur : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....Commune : .....

En cas de besoin d'hospitalisation je choisis l'établissement suivant : ☐ CHBA ☐ Hôpital Privé Océane

☐ Autre (préciser) : .....

AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) .....

ACTIVITÉS ET DÉPLACEMENTS :

- **AUTORISE** mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les animations communales ou intercommunales encadrées par les animateurs communaux du territoire ; ☐ **OUI** ☐ **NON**
- **AUTORISE** mon (mes) enfant(s) à utiliser les transports en commun lors d'activités à l'extérieur. En cas de co-voiturage, une autorisation particulière sera demandée ; ☐ **OUI** ☐ **NON**

DROIT A L'IMAGE :

- **AUTORISE** les communes organisatrices (LOCQUELTAS et LOCMARIA-GRAND-CHAMP) et le personnel des services communaux à utiliser l'image et la voix de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités de l'organisme (plaquette d'information, site Internet, rapport d'activité, bulletin communal, presse, …) ☐ **OUI** ☐ **NON**
- **AUTORISE** mon (mes) enfant(s) à être photographié (s) individuellement ou en groupe dans le cadre des activités organisées par la commune de Locqueltas pour les enfants fréquentant la maison de l'enfance (accueil périscolaire, accueil de loisirs) ☐ **OUI** ☐ **NON**

AUTORISATION DE MAQUILLAGE :

- **AUTORISE** mon (mes) enfant(s) à être maquillé dans le cadre des activités organisées par les communes organisatrices Locqueltas/Locmaria-Grand-Champ pour les enfants fréquentant la maison de l'enfance (accueil périscolaire, accueil de loisirs. ☐ **OUI** ☐ **NON**

LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTE » (Loi RGPD)* :

- **J'ACCEPTE** que les services de la Mairie de Locqueltas utilisent mon adresse mail afin de nous transmettre les informations de la maison de l'enfance et du restaurant scolaire.La Mairie s'engage à protéger vos données, elles seront conservées durant toute la période de présence de votre enfant à la maison de l'enfance et au restaurant scolaire.
- *vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, ainsi qu'un droit d'opposition que vous pourrez exercer à tout moment en vous adressant au directeur de la MDJ de Locqueltas. **OUI** ☐ NON ☐

RÈGLEMENTS INTÉRIEURS :

- Je soussigné(e) .....
  m'engage à prendre connaissance des règlements intérieurs des activités auxquelles j'inscris mon (mes) enfant(s)

- **Déclare exact** les renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler tout problème, de santé notamment, ayant une incidence sur l'accueil de mon (mes) enfant(s).

Merci de retourner cette fiche en mairie avec les documents suivants :
- Photocopie du carnet de santé ou certificat de vaccinations
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive.

COORDONNÉES :

Maison de l'Enfance Rue Désiré Caudal - 56390 LOCQUELTAS ☎ : 02.97.66.67.24 e-mail : maisondelenfance@locqueltas.fr	**MAIRIE** 12, Place de la Mairie - 56390 LOCQUELTAS ☎ : 02.97.66.60.15 e-mail : accueil.mairie@locqueltas.fr
Consultable sur le site internet de la Commune : **http://www.locqueltas.fr**	

SIGNATURE(S) DU (DES) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(LÉGAUX) :

Je soussigné(e)	Je soussigné(e) .....
Agissant en qualité de :	Agissant en qualité de : .....
Certifie exact les renseignements portés sur ce document.	**Certifie exact** les renseignements portés sur ce document.
Fait à :	Fait à : .....
le : ..... (Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)	le : ..... (Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

Dossier créé par la commune de LOCQUELTAS le 18 mai 2020