

Année scolaire 2024 / 2025

Cochez le(s) service(s) concerné(s) :

- GARDERIE PÉRISCOLAIRE TEMPS MÉRIDIDIEN
 RESTAURANT SCOLAIRE :
 RÉGULIER OCCASIONNEL (*facturé 5 euros*)
 A.L.S.H. KERGALL JEUNESSE (YAOUANK)

PRENOM DE L'ENFANT :

NOM DE L'ENFANT :

SEXE : AGE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

TÉLÉPHONE DU JEUNE (*S'IL EN A UN*) :

Responsables

Responsable légal

Personne en charge de l'enfant

LIEN AVEC L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

☎ portable : ☎ domicile : ☎ travail :

@ courriel : Profession :

Responsable légal

Personne en charge de l'enfant

LIEN AVEC L'ENFANT :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

☎ portable : ☎ domicile : ☎ travail :

@ courriel : Profession :

Autres personnes autorisées à prendre le mineur

PRENOM ET NOM	LIEN	ADRESSE ET TELEPHONE	URGENCE	
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Renseignements médicaux

MEDECIN TRAITANT ET NUMERO DE TELEPHONE :

VACCIN OBLIGATOIRE : **DT POLIO**

PHOTOCOPIE OBLIGATOIRE CARNET DE VACCINATION

(DATE DU VACCIN ET DATE DU RAPPEL)

MALADIES-ALLERGIES-REGIMES ALIMENTAIRES :

(FOURNIR JUSTIFICATIFS - P.A.I.)

Votre enfant est-il en situation de handicap ? oui non (rayer la mention inutile)

Précisez :

Si oui bénéficiez-vous d'une AEEH (Allocation Education d'Enfant Handicapé) pour votre enfant ? oui non (rayer la mention inutile)

(Si oui, Fournir le Justificatif)

Facturation

NOM DU PAYEUR :

N° ALLOCATAIRE CAF DES CÔTES D'ARMOR :

VOUS NOUS DONNEZ PAR CELA L'AUTORISATION DE CONSULTER VOS QUOTIENT SUR LE SITE DÉDIÉ CDAP.

SI NON ALLOCATAIRE CAF OU D'UN AUTRE DÉPARTEMENT, REMISE DE L'AVIS D'IMPOSITION N-1 POUR LE CALCUL DU TARIF.

LES TARIFS SONT MIS À JOUR EN SEPTEMBRE ET COURANT FÉVRIER (FOURNIR NOUVEL AVIS D'IMPOSITION).

PAIEMENT PAR : ANCV CESU

SI VOUS NE FOURNISSEZ AUCUN DE CES RENSEIGNEMENTS

VOUS SEREZ FACTURÉS AU TARIF MAXIMUM.

Sécurité sociale et assurances

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE : NUMÉRO DE POLICE :

ENFANCE

Autorisations (rayez en cas de refus)

- J'AUTORISE LE RESPONSABLE À PRENDRE, LE CAS ÉCHÉANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MÉDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE L'ENFANT
- J'AUTORISE LA PARTICIPATION AUX SORTIES ET ACTIVITÉS DU SERVICE ENFANCE DE PLESTIN LES GRÈVES
- J'AUTORISE LE TRANSPORT DE MON ENFANT DANS LE MINIBUS POUR LES SORTIES
- J'AUTORISE LES RESPONSABLES À PRENDRE ET À DIFFUSER À DES FINS NON COMMERCIALES DES PHOTOS ET VIDÉOS DES ACTIVITÉS COMPRENANT MON ENFANT (RÉSEAUX SOCIAUX, SITE INTERNET ET BULLETIN DE LA MAIRIE, ARTICLES DE PRESSE...)
- J'AUTORISE MON ENFANT À PARTIR SEUL
- J'AUTORISE MON ENFANT À QUITTER LA STRUCTURE POUR UNE ACTIVITÉ ASSOCIATIVE :
 - SEUL
 - AVEC :
- JE CERTIFIE AVOIR SOUSCRIT UNE ASSURANCE COUVRANT LA RESPONSABILITÉ CIVILE DE MON ENFANT
- J'APPROUVE LES RÈGLEMENTS INTÉRIEURS DE LA GARDERIE PÉRISCOLAIRE, DU RESTAURANT SCOLAIRE ET DE L'ALSH. CES DOCUMENTS SONT DISPONIBLES SUR LE SITE INTERNET DE LA COMMUNE, EN MAIRIE ET AUPRÈS DES SERVICES.
- JE DÉCHARGE LES ORGANISATEURS DE TOUTE RESPONSABILITÉ EN CAS D'ACCIDENT SURVENU AVANT OU APRÈS LES HEURES D'OUVERTURE DE LA STRUCTURE OU DE L'ACTIVITÉ.**

JE SOUSSIGNÉ, RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT,
DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.

A , LE
(SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL)

JEUNESSE

Autorisations (rayez en cas de refus)

- J'AUTORISE LE RESPONSABLE À PRENDRE, LE CAS ÉCHÉANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MÉDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE) RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE L'ENFANT
- J'AUTORISE LA PARTICIPATION AUX ACTIONS MISES EN PLACE PAR LE SERVICE JEUNESSE DE PLESTIN LES GRÈVES
- J'AUTORISE LE TRANSPORT DE MON ENFANT DANS LE MINIBUS POUR LES SORTIES
- J'AUTORISE LES RESPONSABLES À PRENDRE ET À DIFFUSER À DES FINS NON COMMERCIALES DES PHOTOS ET VIDÉOS DES ACTIVITÉS COMPRENANT MON ENFANT (RÉSEAUX SOCIAUX, SITE INTERNET ET BULLETIN DE LA MAIRIE, ARTICLES DE PRESSE...)
- JE CERTIFIE AVOIR SOUSCRIT UNE ASSURANCE COUVRANT LA RESPONSABILITÉ CIVILE DE MON ENFANT
- J'APPROUVE LES RÈGLEMENTS INTÉRIEURS DES ACTIVITÉS JEUNESSE (YAOUANK ET ESPACE JEUNE). CES DOCUMENTS SONT DISPONIBLES SUR LE SITE INTERNET DE LA COMMUNE, EN MAIRIE ET AUPRÈS DES SERVICES.
- JE DÉCHARGE LES ORGANISATEURS DE TOUTE RESPONSABILITÉ EN CAS D'ACCIDENT SURVENU AVANT OU APRÈS LES HEURES D'OUVERTURE DE LA STRUCTURE OU DE L'ACTIVITÉ.**

ATTENTION : VOTRE ENFANT PEUT ARRIVER ET REPARTIR SEUL (VEUILLEZ SIGNALER AUX ANIMATEURS SI VOUS SOUHAITEZ QU'UN ANIMATEUR RESTE ATTENDRE VOTRE ARRIVÉE). LES ADOLESCENTS SONT SOUS LA RESPONSABILITÉ DU SERVICE ANIMATION UNIQUEMENT PENDANT LES HORAIRES D'ACTIVITÉS.

JE SOUSSIGNÉ, RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT,
DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.

A , LE
(SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL)