

Cadre réservé à l'administration			
Identifiant Famille		Photos	
Date de saisie		PAI	
Saisie par		Transport	
Dossier	<input type="checkbox"/> Mise à jour dossier existant	<input type="checkbox"/> Nouveau dossier	



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Garderie

Restauration scolaire

Accueil de Loisirs sans hébergement

PIECES A FOURNIR (photocopies obligatoires)

- Copie du carnet de vaccinations (2/3 feuilles)
- Certificat médical: si contre indications aux vaccins
- Copie du livret de famille
- Règlement intérieur accepté (validation des règlements sur le portail famille)
- En cas de divorce ou de séparation, présentation du jugement au Service Enfance Education uniquement (ne pas fournir de copie)
- Numéro d'allocataire et Attestation du quotient familial CAF ou MSA (à remettre au Service Enfance chaque début d'année scolaire)
- Attestation d'assurance temps périscolaire et extrascolaire ou responsabilité civile où figure le nom de l'enfant

Le cas échéant :

- Attestation de prestation interministérielle (pour les familles militaires pouvant y prétendre : à fournir en début d'année civile)
- Notification de la Maison Départemental des Personnes Handicapées (MDPH) (sous pli cacheté)
- Notification de décision d'une Allocation d'Education de L'Enfant Handicapé (AEEH)(sous pli cacheté)
- Copie du certificat médical si mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI)

Optez pour le paiement par prélèvement automatique (garderie, ALSH et restauration scolaire)

- Autorisation de prélèvement complétée (mandat SEPA)
- RIB pour les personnes souhaitant le prélèvement automatique mentionnant n° BIC et IBAN

Tout changement en cours d'année scolaire doit être signalé : déménagement, téléphone, mail, situation familiale, etc

Tout dossier incomplet sera refusé

Veillez à bien compléter, signer et joindre les pièces demandées
Dossier à retirer en Mairie ou à télécharger sur le Portail Famille Crozon
A déposer en mairie à l'attention du SEE ou par mail à l'adresse ci-dessous



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfants

ENFANT 1

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Sexe : Féminin Masculin
Lieu de naissance Pays : _____	Département : ____ Ville (code postal) : _____
Classe: TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2 ULIS	
Nom de l'établissement scolaire : _____	
Enseignant (si connu) : _____	

ENFANT 2*

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Sexe : Féminin Masculin
Lieu de naissance Pays : _____	Département : ____ Ville (code postal) : _____
Classe : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2 ULIS	
Nom de l'établissement scolaire : _____	
Enseignant (si connu) : _____	

****Veuillez faire une copie et compléter un autre tableau par enfant supplémentaire***

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Parents

RESPONSABLES LEGAUX

PERE / MERE (BARRER LA MENTION INUTILE)

Autorité parentale : OUI NON

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Situation familiale (**à compléter par le service enfance**) : marié(e) pacsé(e) Union libre
 Monoparentale Garde alternée

Profession : _____ Employeur : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Adresse mail : _____ @ _____

(une seule adresse par compte pour l'utilisation du portail famille)

PERE / MERE (BARRER LA MENTION INUTILE)

Autorité parentale : OUI NON

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Situation familiale (**à compléter par le service enfance**) : marié(e) pacsé(e) Union libre
 Monoparentale Garde alternée

Profession : _____ Employeur : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

Adresse mail : _____ @ _____

(une seule adresse par compte pour l'utilisation du portail famille)

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE)

Tuteur légal : OUI NON

Organisme : _____ Personne référente : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

ORGANISME VERSANT LES PRESTATIONS FAMILIALES

CAF (Caisse d'Allocations Familiales) – n° allocataire : _____

MSA (Mutualité Sociale Agricole) – n° allocataire : _____

Prestations interministérielles du Ministère des Armées, CTAS (famille militaire) : **joindre l'attestation en début d'année civile**

ATTESTATION D'ASSURANCE

Périscolaire, extrascolaire ou responsabilité civile obligatoire

Nom de la compagnie : _____

Echéance : _____

N° police : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX)

NOM	PRENOM	TELEPHONE	ADRESSE	LIEN AVEC L'ENFANT

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT (Personne âgée de plus de 16 ans)

NOM	PRENOM	TELEPHONE	ADRESSE	LIEN AVEC L'ENFANT

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ENFANT

1- ENFANT (une copie complétée par enfant)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : Féminin Masculin

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

2- VACCINATIONS (à compléter OBLIGATOIREMENT)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour / l'accueil OUI NON

Si oui lequel et pour quel motif : _____

Si oui, joindre l'ordonnance en cours et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec la notice dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Otite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autres :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Votre enfant a-t-il des allergies ?

ALLERGIES		Préciser
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
AUTRES (animaux, plantes, pollens)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Votre enfant a-t-il un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** ? OUI NON

Motif : _____

Si votre enfant a un PAI dans le cadre scolaire, le SEE doit IMPERATIVEMENT en être informé afin de mettre en place les mesures nécessaires pour les accueils périscolaires et extrascolaires. Le PAI est à fournir.

Le PAI est-il lié à un handicap : OUI NON

A-t-il une reconnaissance **MDPH** ? OUI NON

A-t-il une aide particulière à la scolarité (AESH, emploi du temps adapté) : OUI NON

Si oui, prendre contact avec la responsable du SEE pour mettre en place les mesures nécessaires à l'accueil de votre enfant.

Votre enfant a-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) pour lesquelles un traitement médical ou des précautions particulières sont à prendre ? OUI NON

Si oui, lesquelles : _____

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

ALE...../...../.....

SIGNATURE

AUTORISATIONS DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Autorisation en cas d'urgence

- J'autorise le personnel de la commune de Crozon à prendre, le cas échéant, toutes les mesures médicales d'urgence (traitement médical, hospitalisation, soins, interventions, transport) pour l'état de santé de mon enfant.
- Je n'autorise pas le personnel de la commune de Crozon à prendre les mesures médicales d'urgence.

Droit à l'image

- J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités et j'autorise la collectivité (commune de Crozon) à utiliser ces images pour illustrer des supports d'information ou de communication (brochures, site internet).
- Je refuse que mon enfant soit photographié, filmé ou enregistré.

Transport en commun dans le cadre de sortie

- J'autorise mon enfant à prendre un transport en commun pour participer aux activités de l'accueil de loisirs.
- Je n'autorise pas mon enfant à prendre un transport en commun. En cas de refus, l'enfant ne pourra pas participer aux sorties extérieures et ne pourra pas être présent à l'accueil de loisirs le jour concerné.
- J'autorise mon enfant à être transporté en véhicule 9 places pour participer aux activités de l'accueil de loisirs.
- Je n'autorise pas mon enfant à être transporté en véhicule 9 places, l'enfant ne pourra pas participer aux sorties extérieures et ne pourra être présent à l'accueil de loisirs le jour concerné.

Activités

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs, du temps méridien et de la garderie sous la responsabilité du personnel d'encadrement de la commune de Crozon.
- Je n'autorise pas mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs, du temps méridien et de la garderie sous la responsabilité du personnel d'encadrement de la commune de Crozon.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur affichée en mairie et sur le portail famille et m'engage à informer le Service Enfance Education de toute modification relative à mes coordonnées ou à l'état de santé de mon enfant, pouvant intervenir en cours d'année.

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement

Le /..... /20..... Signature du responsable légal

Informatique et liberté

Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) aux services périscolaires et extrascolaires, et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement. Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : informatique@mairie-crozon.fr. Pour connaître vos droits et les modalités pour les exercer, veuillez consulter la notice d'information affichée sur le site internet de la Mairie à la page suivante : <https://www.mairie-crozon.fr/1/Politique-de-confidentialite>.

Service Enfance Education Tél : 02 98 17 09 47 Courriel : enfance@mairie-crozon.fr

Mairie de Crozon-Place Léon Blum BP 12 29160 Crozon Cedex