

Septembre 2022-Août 2023 Plumergat/Mériadec

**NOM de l'ENFANT :** ..... **PRENOM :** .....Né(e) le : ..... Garçon  Fille 

Nom de l'école : ..... Classe : .....

Adresse de l'enfant : ..... Tel portable : .....

**Responsable de l'enfant :** Père :  Mère :  Autre (Tuteur...) : **Situation familiale :** Mariés :  Vie maritale/Pacsés :  Divorcé(e)/Séparé(e) :  Célibataire :  Veuf : **Coordonnées de la personne à facturer** (pour toutes nouvelles demandes ou modifications de prélèvement automatique, merci de bien vouloir contacter le service comptabilité.)

Nom : ..... Prénom : ..... Mail : .....

Adresse complète : .....

Nom du père ou Autre : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente de la personne à facturer):  
.....  
.....

Tél Fixe : .....

Tel Portable : .....

Mail : .....

Profession .....

Tel Travail : .....

Régime : CAF :  MSA Autres (à préciser) :  .....

N°Allocataire CAF: .....

N°de SS Allocataire MSA : .....

Nom de la mère : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente de la personne à facturer):  
.....  
.....

Tél Fixe : .....

Tel Portable : .....

Mail : .....

Profession .....

Tel Travail : .....

Régime : CAF :  MSA : Autres (à préciser) :  .....

N°Allocataire CAF: .....

N°de SS Allocataire MSA : .....

**Autre personne pouvant être contactée en cas d'urgence :**

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Lien avec l'enfant : .....

**Assurance :** Le responsable de l'enfant déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile et une garantie individuelle accident.**Renseignements sanitaires de l'enfant**

Nom du médecin traitant : ..... Tél : .....

**L'enfant a-t-il un PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) : oui :  non : **Merci de bien vouloir fournir une photocopie du PAI ainsi que les traitements médicamenteux aux responsables de chaque structure fréquentée par votre enfant. - OBLIGATOIRE -****L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier :** .....**Vaccinations : Copie des vaccins à jour à transmettre -OBLIGATOIRE-****L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :**Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine Coqueluche  Rougeole  Otite  Oreillons **Allergies :** Respiratoires  Médicamenteuses  Alimentaires  Autres (à préciser) 

Lesquelles et conduite à tenir : .....

**Merci de bien vouloir nous indiquer les éventuels renseignements ou recommandations que vous jugez utile de nous transmettre** (ex: lunettes, prothèses auditives, hospitalisations...) : .....

# AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :

NOM(S)	PRENOM(S)	LIEN DE PARENTE	N° TEL FIXE	N° TEL PORTABLE

## **Autorisation de participation :**

J'autorise mon enfant à :

- Participer aux activités sportives et aux sorties organisées par les services.
- S'inscrire seul aux activités de l'espace jeunes
- A venir et partir librement aux activités de l'espace jeunes
- Utiliser les moyens de transports (mini-bus, bus...) mis à disposition pour les activités extérieures

## **Autorisation de sortie :**

J'autorise mon enfant à :

- Rentrer seul après les activités de l'après-midi le mercredi, le samedi et pendant les vacances(vers 17h30)
- Rentrer seul après les activités en soirée le vendredi et pendant les vacances (vers 22h30/23h)

Je souhaite que mon enfant :

- Soit déposé à mon domicile (**secteur Plumergat ou Mériadec en Plumergat**) **après les soirées qui se déroulent à l'extérieur** (vers 23h)

## **Autorisation de soins :**

- Autorise(nt) le personnel des services à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant (ex : transfert en pédiatrie ou aux urgences) et à se conformer à toutes les décisions du médecin/pompier concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant.
- Décharge(nt) les services de toutes responsabilités pendant le trajet pour consultation chez un médecin généraliste.
- Autorise(nt) de donner la possibilité sous ma responsabilité, la prise par mon enfant, des médicaments prescrits par son médecin traitant, ***suivant le double de l'ordonnance (à fournir).***

## **Autorisation de filmer/Photographeur :**

- Autorise(nt) les services à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires aux fins d'utilisations par le service lui-même et dans les publications de la commune (presse, site internet de Plumergat...)

## **Autorisation de consultation du site CAF CDAP (Consultation Dossier Allocataire par le Partenaire) :**

- J'autorise la direction du service enfance-jeunesse, de l'accueil de loisirs et le service comptabilité, à consulter notre dossier allocation CAF, afin d'accéder directement à mon quotient familial (uniquement pour les allocataires CAF).

## **Données personnelles (RGPD) :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Plumergat afin de bénéficier des services suivants : restauration scolaire, accueil périscolaire et de loisirs.

Elles sont conservées pour la durée d'utilité du traitement (attestations de présence ou de facturation) et sont destinées aux services enfance jeunesse, restauration scolaire et finances de Plumergat.

Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement Général de Protection des Données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la mairie par courrier ou par courriel : [accueil.mairie@plumergat.fr](mailto:accueil.mairie@plumergat.fr). **J'ai bien pris connaissance de ces informations concernant mes données personnelles.**

## **Je m'engage à :**

- Transmettre les doubles des PAI en fonction des lieux d'accueil de mon enfant (à voir avec le médecin)
- Respecter strictement les horaires et décharger l'organisateur de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux où se déroulent les activités.
- Prévenir de tout changement concernant la situation familiale ou la santé de mon enfant.
- Respecter les règlements de fonctionnement des structures d'accueil.
- Rembourser les frais médicaux éventuels avancés par la collectivité.
- Dégager les services de toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets personnels appartenant à mon enfant.

Je soussigné(e)..... Responsable légal de l'enfant .....

**Déclare exacts les renseignements mentionnés sur la fiche de renseignements.**

Fait à Plumergat, le ..../...../.....

Signature du responsable légal précédée de la mention « **lu et approuvé** »