

A retourner à l'Espace Famille espace.famille@grandchamp.fr (02 97 66 44 92) ou à déposer à la Maison de l'Enfance Kerloustic



COMMUNE DE GRAND-CHAMP

Accueil périscolaire – ALSH 3-11 ans – Jeunesse 11-17 ans – Restaurant scolaire

Fiche annuelle d'inscription 2023/2024

Enfant

Nom : Prénom :
Sexe : Garçon Fille
Né(e) le :/...../.....
Etablissement Scolaire : Sainte Marie Yves Coppens La Souris Verte Autre :
 Collège de Plescop Collège de Grand-Champ
Classe :

Famille – Renseignements de facturation (Activités payantes : Accueil périscolaire – ALSH – Restaurant scolaire – Jeunesse 12-17 ans)

Civilité (préciser M., Mme, M. et Mme) :
Nom de famille : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville : GRAND-CHAMP Autre (précisez) :
Situation familiale : mariés pacés divorcés autre :

Une facture est établie mensuellement à terme échu. Le règlement est à effectuer directement auprès du trésor public de Vannes-Ménimur ou par prélèvement automatique, ou via le système TIPI (paiement sécurisé en ligne).

N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend (obligatoire) :/...../...../...../...../.....
Régime* (obligatoire) : CAF MSA Autre

N° Allocataire (obligatoire) :

E-mail (obligatoire pour le portail famille) :@.....
Portable du mineur (non obligatoire) :

Fiche Père – Mère ou autre tuteur légal

Fiche – 2^{ème} responsable

Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Adresse (si différente de la facturation) :	Adresse (si différente de la facturation) :
Code Postal : Ville :	Code Postal : Ville :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
E-mail :	E-mail :
Autorité parentale* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant le soir et à contacter en cas d'urgence :

Nom/prénom : Tél :
Nom/prénom : Tél :
Nom/prénom : Tél :

Toute personne autorisée à venir chercher un enfant doit être munie d'une pièce d'identité

L'enfant suit-il un traitement médical* : Oui Non
Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes* :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Scarlatine
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Oreillons	

Allergies* : Asthme : oui non Alimentaire : oui non
Médicamenteuse : oui non Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Recommandations des parents (problèmes de santé, régime alimentaire particulier, port de lunettes...) :

Autorisations parentales

Je soussigné(e), responsable de l'enfant :

- Autorise mon enfant à participer aux activités de sports et loisirs proposées et à utiliser les moyens de transport lors des activités à l'extérieur ;
- Déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile pour mon enfant ;
- Autorise le responsable de la structure concernée à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) par l'état de santé de mon enfant ;
- Reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs et m'engage à les respecter ;
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer les éventuelles modifications à apporter en cours d'année.

Autorisation d'être filmé(e) et photographié(e)* : Oui Non

Si oui, j'autorise le service Enfance/Jeunesse à prendre des photos ou (et) vidéos de mon enfant, à les utiliser sur des supports de publications papiers et numériques (bulletin municipal, presse locale, site internet communal, blog du service, album photo en ligne). Les éventuels commentaires accompagnant la reproduction des images devront respecter l'anonymat de mon enfant et ne pas porter atteinte à sa réputation.

Autorisation d'accéder au service partenaire de la CAF (pour les allocataires CAF uniquement)* : Oui Non

Si oui, j'autorise le service à consulter le service partenaire de la CAF pour connaître le quotient familial de la famille. En l'absence de réponse, le service est autorisé à consulter le quotient familial sur le service partenaire de la CAF.

Fait à, le

Signature du responsable légal :

Précédé de la mention « Lu et approuvé »

**cocher la case utile, ou répondre par oui ou non*

Pièces à joindre au dossier :

- Copie du carnet de santé (vaccinations) ou certificat médical de contre-indication de vaccins obligatoires
- Copie de l'extrait du jugement concernant la garde l'enfant si divorce ou séparation
- Attestation de quotient familial : MSA, Autre Régime, CAF (si refus d'accès au service CAFPRO)

Information : En cas de non transmission de l'attestation de quotient familial ou du numéro d'allocataire CAF pour le service partenaire de la CAF, le tarif le plus élevé sera automatiquement appliqué

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie.