



FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS 2022-2023

(Accueil périscolaire - restaurant scolaire - accueil de loisirs Les korrigans - Escale Jeunes)

À compléter et à remettre à la mairie avant toute inscription

ou à envoyer à enfance-jeunesse@ville-vezinlecoquet.fr

Arrivée prévue le :

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Fille : Garçon
 Né (e) le : _____ à : _____ Nationalité : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 Ville : _____ N° de portable (S'il en possède un) : _____
 Ecole : Eric Tabarly Notre Dame Autre _____
 Classe : _____ Enseignant : _____

IDENTITE DU/DES RESPONSABLES LEGAUX

Mère ou représentant légal

Nom d'usage : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Prénom : _____
 Autorité parentale * : Oui Non
 Adresse (si différente de celle l'enfant) : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Domicile : _____
 Portable : _____
 Courriel : _____ @ _____
 Bureau : _____

Père ou représentant légal

Nom : _____
 Prénom : _____
 Autorité parentale * : Oui Non
 Adresse (si différente de celle l'enfant) : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Domicile : _____
 Portable : _____
 Courriel : _____ @ _____
 Bureau : _____

* Si les 2 parents ne bénéficient pas de l'autorité parentale, **fournir un justificatif officiel**

FACTURATION (sans information, le tarif le plus élevé sera appliqué)

N° allocataire **CAF 35** : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nous autorisons Nous n'autorisons pas

la mairie à utiliser le service CAFPRO 35 afin de calculer notre participation financière aux frais d'encadrement de notre enfant. (Le tarif le plus haut sera appliqué si un justificatif de revenus ou une attestation CAF/MSA ne sont pas communiqués).

Autre régime (MSA, SNCF...) : _____ (fournir une attestation de quotient familial de moins de 3 mois)

A qui doit-on adresser la facture ? Père Mère

Prélèvement bancaire :

Si vous souhaitez sa mise en place, veuillez remplir le formulaire de demande de prélèvement (disponible sur le site Internet de la commune à la rubrique « Enfance ») et le retourner au service Enfance/Jeunesse accompagné d'un RIB.

Suite au dos...→

DONNEES SANITAIRES DE L'ENFANT

Personne à joindre en cas d'urgence (autre que les parents) :

Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : _____

Lien avec l'enfant : _____

Vaccinations obligatoires à jour ? Oui Non

Allergies :

- Allergies alimentaires : aliments interdits selon **certificat médical joint** : _____
- Autre allergie (médicament, pollen...) : _____

Attentions particulières :

- Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? (Aucun plat de substitution ne sera servi.)
 Dans le cadre d'un PAI* Sans porc Sans viande
- Votre enfant a-t-il besoin d'une surveillance ou d'un traitement médical ? (Diabète, asthme...)
 Oui* Non Si oui, à préciser : _____ (**document à fournir**)
- Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique ? (Handicap ou autre)
 Oui* Non Si oui, à préciser : _____ Notification MDPH : Oui Non (**document à fournir**)
- Votre enfant fait-il l'objet d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** ? Oui* Non

* Merci de prendre rendez-vous avec les services concernés et de fournir le document accompagné d'une photo de l'enfant avant le 1^{er} jour d'accueil.

AUTORISATIONS

Droit à l'image : j'autorise l'utilisation des photos et vidéos par la commune pour illustrer les activités des accueils péri et extrascolaire sur les différents supports communaux (Veinois, site Internet de la ville, réseaux sociaux, YouTube...).

Oui Non

J'autorise mon enfant à quitter seul (uniquement à partir du CP) :

- **Le périscolaire** : Oui Non
- **Les Korrigans** Oui Non à ____ heures ____
- **L'Escale Jeunes après les activités** Oui Non **après les soirées** Oui Non

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'absence ou de retard
Renseigner 2 personnes obligatoirement (avec leur consentement)

(Elles devront être munies d'une pièce d'identité) :

Nom : _____ Prénom : _____ *En qualité de : _____ ☎ : _____

Nom : _____ Prénom : _____ En qualité de : _____ ☎ : _____

Nom : _____ Prénom : _____ En qualité de : _____ ☎ : _____

Nom : _____ Prénom : _____ En qualité de : _____ ☎ : _____

Nom : _____ Prénom : _____ En qualité de : _____ ☎ : _____

- oncle, tante, grand-mère, grand-père, ami... (par rapport à l'enfant)

Nous vous précisons qu'il vous est fortement conseillé de contracter une assurance complémentaire pour votre enfant pour les activités périscolaires et extrascolaires.

Je soussigné(e), M. _____, **Mme** _____,

- Certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document.
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur (sur le portail famille) et m'engage à le respecter et à le faire respecter par mon enfant.
- M'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Fait à _____, le _____ **Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »**

Les informations recueillies sur cette fiche sont obligatoires et nécessaires pour inscrire vos enfants 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 des 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 écrite accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : dpd@cdq35.fr.