

i Le dossier éducation est nécessaire pour fréquenter les services ci-dessus

ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : Masculin Féminin
Né(e) le : à (ville) : Département :
Portable : (11-25 ans) Établissement fréquenté : En classe de :

FOYER 1

Père Mère Autre (précisez) : Père Mère Autre (précisez) :
Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Mail : Mail :
Tél. portable : Tél. portable :
Tél. travail : Tél. travail :
Adresse du domicile :
CP : Ville : Tél. domicile :

FOYER 2 (UNIQUEMENT SI PARENTS SÉPARÉS)

Père Mère Autre (précisez) : Père Mère Autre (précisez) :
Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Mail : Mail :
Tél. portable : Tél. portable :
Tél. travail : Tél. travail :
Adresse du domicile :
CP : Ville : Tél. domicile :

MODE DE GARDE (UNIQUEMENT SI PARENTS SÉPARÉS)

Partagée Alternée Exclusive (préciser le parent et joindre le document officiel) :

RENSEIGNEMENTS POUR LA FACTURATION

Foyer 1 CAF (ou assimilé) MSA Autre N° allocataire : Bénéf. d'aides aux vacances : Oui Non
Foyer 2 CAF (ou assimilé) MSA Autre N° allocataire : Bénéf. d'aides aux vacances : Oui Non
 Facturation unique Nom : Prénom :
 Facturation partagée (famille séparée uniquement)
Nom Responsable 1 : Pourcentage : % Nom Responsable 2 : Pourcentage : %
 Facturation alternée (famille séparée uniquement)
Nom responsable 1 : Semaine facturation : Paire Impaire
Nom responsable 2 : Semaine facturation : Paire Impaire
 je souhaite le prélèvement automatique (**formulaire de demande de prélèvement automatique téléchargeable sur le site de la Ville**)

Par défaut, la Direction de l'Éducation envoie les factures **par mail**. Merci de nous informer si vous souhaitez les recevoir en version papier.

AUTORISATIONS RELATIVES A LA COMMUNICATION

J'autorise la Direction de l'Éducation à **utiliser le service internet de la CAF ou de la MSA** pour connaître mon quotient familial (QF) ou mes revenus et actualiser mes tarifs. Oui Non

J'autorise la Direction de l'Éducation à **me communiquer** des informations **par mail ou SMS en cas de nécessité** (Grève, mise à jour du dossier administratif, activités exceptionnelles). Oui Non

J'autorise la Direction de l'Éducation à **transmettre mes informations à la directrice de l'école**. Oui Non

Je souhaite **figurer sur une liste de diffusion** par mail d'informations générales sur les activités et événements de la Direction de l'Éducation avec possibilité de me désinscrire par mail : pole.enfance@pontpean.bzh Oui Non

N'oubliez pas de signer le verso ➡

AUTORISATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Sorties et transports : J'autorise mon enfant à participer à des sorties extérieures et à utiliser les transports nécessaires (sous la surveillance d'un accompagnant). Oui Non

Droit à l'image : J'autorise la Ville de Pont Péan à prendre des photos ou des vidéos et à les utiliser ou les publier dans un but d'information sur les activités municipales. Oui Non

Numérisation des documents sanitaires : J'autorise la Direction de l'Éducation à numériser les documents relatifs à la santé de mon enfant. Si **Non**, déposer sous enveloppe cachetée la fiche sanitaire et copie des documents sanitaires sur chaque lieu d'accueil fréquenté (école et services). Oui Non

Départ des enfants + de 7 ans : J'autorise mon enfant à sortir seul à la fin des activités (accueil périscolaire, ALSH). Oui Non

Départ des jeunes de 11 à 14 ans : J'autorise mon enfant à arriver et repartir seul quelle que soit l'heure (non valable pour les animations en soirée) Oui Non
J'autorise uniquement mon enfant à repartir seul à la fin de la demi-journée d'ALSH. Oui Non

Communication avec les jeunes de 11 à 16 ans : J'autorise le Local Jeunes à communiquer par SMS avec mon enfant sur les activités. Oui Non

En cas d'urgence ET en cas d'impossibilité de joindre l'un des responsables légaux de mon enfant : J'autorise le responsable du service (ALSH, Local Jeunes, Périscolaire): - A faire hospitaliser cas d'urgence, - A faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, SAMU....), - A faire soigner dès que son état physique le nécessite, - A transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiqué, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur votre enfant. Oui Non

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom du médecin traitant : Tél : Ville :

Allergie(s) alimentaire(s) : oui Aliment(s) allergène(s) :

Allergie(s) non alimentaire(s) : oui Allergène(s) :

Handicap : Enfant bénéficiaire de l'AEEH : Oui

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui

Autres pathologie(s) ou antécédent(s) à prendre en compte :

i Allergie – PAI – Panier repas : Certificat médical OBLIGATOIRE pour la prise en compte

Attention : un rendez-vous avec un responsable du service Enfance sera organisé pour définir le protocole d'accueil à mettre en place.

PERSONNES HABILITÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT : 11 ans minimum

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	A contacter en cas d'urgence	Téléphone
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR TOUS LES SERVICES :

- i** Justificatif de domicile
 Livret de famille (pages parents et enfant(s))
 Pages vaccinations du carnet de santé (⚠ le rappel du DTCP doit être fait avant les 7 ans de l'enfant)
 Si nouvel inscrit ou changement de situation familiale : Quotient Familial du mois en cours ou avis d'imposition sur les revenus N-2
 Si mode de garde spécifique : document officiel spécifiant l'autorité parentale et le droit de garde
 Si facturation partagée ou alternée : document attestant de la répartition des charges et si besoin un planning de garde
 Si régime alimentaire, allergie, PAI, panier repas : photo
 Si allergie, PAI, panier repas : certificat médical
- ⚠ Nous attirons l'attention des parents sur la nécessité de souscrire pour leur(s) enfant(s) une assurance couvrant les dommages qu'ils pourraient causer (responsabilité civile) mais aussi les accidents corporels auxquels ils sont directement exposés lors des activités (assurance corporelle).**

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE POUR L'ALSH ET LE LOCAL JEUNES (NON OBLIGATOIRE) :

- i** Test d'aisance aquatique à prévoir si participation à des activités nautiques

SIGNATURES OBLIGATOIRES DES RESPONSABLES LÉGAUX :

Merci de bien vouloir informer de toute modification des données concernant votre enfant à la Direction de l'Éducation.

Signatures des responsables légaux :

Date :

Tout dossier incomplet sera refusé

Toute falsification de documents et/ou fausse déclaration est punissable par la loi (article 441-7 du code pénal)