



# Service Enfance-Jeunesse

## Dossier unique d'inscription 2023



Contact : service enfance-jeunesse - 02 98 58 41 51 - enfance-jeunesse@penmarch.fr - www.penmarch.fr

### Inscriptions

**Inscription scolaire** (remplir uniquement le recto du dossier et signer au verso)

- École Auguste Dupouy       École Thomas Donnard

#### Restauration scolaire

- Inscription annuelle** :  lundi    mardi    jeudi    vendredi  
 **Inscription occasionnelle** : service enfance-jeunesse à contacter 7 jours avant, de préférence  
par mail : periscolaire@penmarch.fr, par téléphone 02 98 58 41 51 ou 06 07 21 37 16

#### Accueil périscolaire

- Inscription annuelle** :
- > **Matin** :  lundi    mardi    jeudi    vendredi   > **Soir** :  lundi    mardi    jeudi    vendredi  
> **Aide aux devoirs**, à partir du CP    mardi    jeudi  
 **Inscription occasionnelle** : service enfance-jeunesse à contacter 7 jours avant, de préférence  
par mail : periscolaire@penmarch.fr par téléphone (02 98 58 41 51 ou 06 07 21 37 16)

### Documents à fournir

#### ALSH et accueil périscolaire

- Attestation d'assurance       Attestation de quotient familial de la CAF       Photocopie des vaccins

#### Espace jeunes

- Attestation d'assurance       Photocopie des vaccins       Photo

### Fiche d'identité du mineur

**Nom du mineur** : ..... **Prénom** : .....

École fréquentée :  Auguste Dupouy    Thomas Donnard    Saint-Joseph    autre  
Date de naissance : ..... Âge : ..... Classe : .....  Fille /  Garçon  
Lieu de naissance : ..... Département : .....

Portable du jeune : .....  E-mail du jeune : .....

L'enfant vit :  chez ses parents    chez sa mère    chez son père    garde alternée    en famille d'accueil

### Les responsables légaux

**Responsable n°1** :  Père    Mère    Tuteur      Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....  .....  
Profession : ..... Employeur : .....

Avez-vous un commerce sur la commune ? .....

professionnel : .....

**Responsable n°2** :  Père    Mère    Tuteur      Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....  .....  
Profession : ..... Employeur : .....

Avez-vous un commerce sur la commune ? .....

professionnel : .....

Adresse, si résidence secondaire à Penmarch'h : .....

### Régime

CAF    MSA - N° allocataire (obligatoire) : .....

## Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone portable et / ou fixe	À venir chercher mon enfant	À contacter en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Autorisations de sortie du mineur

<b>Espace Jeunes</b>	<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à entrer et sortir librement (hors inscriptions aux activités). <input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité qui se déroule en journée. <input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité qui se déroule en soirée.
<b>ALSH</b>	<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul à partir de 17h30.
<b>Accueil périscolaire</b>	<input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à rentrer seul à 18h45. Si départ seul avant 18h45, prévoir une autorisation parentale en indiquant le jour et l'heure de départ.

## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche recueille les informations utiles.

- > **Nom et prénom du mineur** : .....
- > **Médecin traitant** : ..... 
- > **Adresse** : .....

### Vaccinations (ne pas oublier de joindre la copie)

Si l'enfant n'a pas fait les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- > **Allergie(s)** :  Oui  Non. Si oui, laquelle / lesquelles : .....
- > **Conduite à tenir (si automédication, le signaler)** : .....
- > **Régime alimentaire** :  Oui  Non. Si oui, lequel (**fournir un certificat médical**) : .....
- > **PAI** (Projet d'accueil individualisé)  Oui  Non. Si oui, prendre contact avec le service enfance-jeunesse.

## Responsable du mineur

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

- Déclare exacts les renseignements renseignés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
- La présence de mon enfant, dans une des structures d'accueil du service Enfance-Jeunesse, entraîne de ma part, la connaissance et l'**acceptation du règlement intérieur**.
- Autorise les organisateurs à prendre des photographies et/ou des vidéos de mon/mes enfant(s) pendant les activités à des fins de communication et de promotion. « Toute personne a, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite, un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans son autorisation ». NB: Dans le cas d'images prises dans des lieux publics, l'autorisation est requise uniquement si l'image centre son attention sur une ou des personnes et qu'elle(s) est (sont) de ce fait reconnaissable(s).
- Autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur et m'engage à rembourser à la structure, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés. « Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) à l'école, et assurer la gestion des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires, extrascolaires et de la petite enfance, proposés par la collectivité. 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, accompagné d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : **protection.donnees@cdg29.bzh**. Pour connaître vos droits et les modalités pour les exercer, veuillez consulter la notice d'information affichée : (site internet, tableau affichage structures d'accueil, écoles et mairie).

Fait à : ..... Date : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Signature du responsable légal :