



Téléphone : 02.97.27.30.70.
Courriel : mairie@malguenac.bzh

FICHE INSCRIPTION 2023 - 2024

CANTINE – GARDERIE - ALSH

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Etablissement scolaire fréquenté : _____

Classe : _____ Nom de l'instituteur : _____

Représentant légal

NOM :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. Portable :

Tél. Professionnel :

Adresse mail :

2^{ème} représentant légal

NOM :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. Portable :

Tél. Professionnel :

Adresse mail :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), _____

Habitant à (adresse) _____

N° de sécurité sociale _____

Responsable légal de l'enfant : _____, autorise le personnel de service de la cantine, de la garderie et de l'ALSH à prendre toute décision d'une intervention chirurgicale ou médicale dans le cas où l'état de santé de mon enfant présenterait un caractère d'urgence, pendant le temps qu'il est sous sa responsabilité.

Je demande cependant à être prévenu(e) immédiatement par téléphone.

N° domicile : _____

N° portable : _____

N° professionnel : _____

- J'atteste qu'il ne présente aucune contre-indication médicale aux activités proposées.

- Je décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des horaires d'inscription.

Mon enfant se déplace seul pour venir aux activités Oui Non

Mon enfant est autorisé à rentrer seul à la maison Oui Non

Autres personnes, âgées de plus de 16 ans, autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom – Adresse – Numéro de téléphone : _____

Nom Prénom – Adresse – Numéro de téléphone : _____

Nom Prénom – Adresse – Numéro de téléphone : _____

ALSH

-Vous dépendez du régime : CAF MSA -Avez-vous une aide aux vacances ? oui non

-Indiquez votre **NUMERO D'ALLOCATAIRE CAF ou MSA** :

👉 Vous devez fournir ce numéro ou un justificatif de votre **QUOTIENT FAMILIAL AU 1er JANVIER de chaque année, sinon le tarif maximum sera appliqué.**

Je suis assuré pour mon enfant et je vous joins une attestation d'assurance extrascolaire.

DROIT A L'IMAGE

- Dans le cadre des activités du service enfance (restaurant scolaire, garderie et ALSH) des photos pourront être réalisées pour la presse locale, le bulletin municipal, le site internet de la commune et la page Facebook de l'ALSH.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation comme le stipule l'article 9 du Code Civil :

Nous autorisons **Nous n'autorisons pas**

la parution de photos de mon enfant (faites au restaurant scolaire, garderie ou pendant les activités de l'ALSH), dans la presse locale, le bulletin municipal et le site internet communal.

la parution sur la page Facebook de l'ALSH de photos de mon enfant (faites pendant les activités au centre de loisirs).

J'ai pris connaissance des règlements intérieurs du restaurant scolaire, de la garderie et de l'ALSH et j'en accepte les modalités.

Fait à _____ le _____

Signature



Téléphone : 02.97.27.30.70
 Courriel : mairie@malguenac.bzh

FICHE SANITAIRE de LIAISON
Document confidentiel

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1. VACCINATIONS (joindre une copie du carnet de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES :

Diphtérie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier rappel	<input type="text"/>
Tétanos :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier rappel	<input type="text"/>
Poliomyélite :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier rappel	<input type="text"/>

VACCINS RECOMMANDÉS (inscrire la date de vaccination) :

Coqueluche :	<input type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole :	<input type="text"/>
Haemophilus :	<input type="text"/>	Hépatite B :	<input type="text"/>
Pneumocoque :	<input type="text"/>	BCG :	<input type="text"/>
Autres (préciser) :	<input type="text"/>		

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 administré sans ordonnance.

Alimentaires : Oui Non
Médicamenteuses : Oui Non
Autres : Oui Non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d'informations **médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

Oui Non

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM PRENOM

ADRESSE

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM et TEL du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e), , responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :