



## FICHE FAMILLE

PARENT 1	PARENT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP : Ville :	CP : Ville :
Tél fixe : Tél Mobile :	Tél fixe : Tél Mobile :
Tél Travail :	Tél Travail :
Adresse E-mail :	Adresse E-mail :

REGIME ALLOCATAIRE	SITUATION FINANCIERE
Régime allocataire :	Nb enfants à charge:
Nom de l'allocataire :	Quotient familial :
N° Allocataire :	

COMPOSITION DE LA FAMILLE				
Enfants	Nom	Prénom	Date de Naissance	Classe (2017-2018)
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				

ASSURANCE
L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.
<b>Nom et adresse de la compagnie :</b>
Je m'engage, dans le cas où mon (mes) enfant(s) est (sont) scolarisé(s), à produire chaque année l'attestation d'assurance dans le mois qui suit la rentrée scolaire.
<b>Fait à : le : Signature(s) obligatoire(s) :</b>

ACCES INFORMATIQUES					
<input type="checkbox"/> Autorise le droit à l'utilisation des données informatiques					
Les tuteurs légaux autorisent les structures (école, ALSH, APS, Club Juniors, Restaurant scolaire) à envoyer par mail (rayer les mentions inutiles)					
<input type="radio"/> Des informations liées à leurs activités (programme, courriers...)					
<input type="radio"/> Les factures mensuelles					
Les structures s'engagent à ce que les données collectées ne soient pas utilisées à des fins politiques ou commerciales et à ne pas les communiquer à d'autres organismes. Conformément aux lois en vigueur, les tuteurs légaux conservent le droit de modifier à tout moment les données collectées.					
Adresse E-Mail : .....					
Personnes autorisées ou interdites à récupérer mes enfants (mettre une croix si interdites)					
Interdites	Nom	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de Parenté
.					
.					
.					

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.

Signature

## FICHE INDIVIDUELLE ENFANT Espace Jeunes

GENERALITES	
NOM PRENOM DE L'ENFANT:	Né(é) le :
ADRESSE :	Sexe :
Téléphone :	Nationalité :
Portable :	
E-mail :	
<input type="checkbox"/> Garde alternée	

SCOLARITE
Classe :
Etablissement Scolaire :
Repas Spéciaux :

AUTORISATIONS
J'autorise mon enfant
<input type="checkbox"/> à venir et quitter seul l'espace jeunes mercredis, samedi et/ ou vacances
J'autorise le service enfance jeunesse
<input type="checkbox"/> à transporter mon enfant en car, en mini-bus ou en voiture
<input type="checkbox"/> à photographier mon enfant et d'utiliser les photos afin d'illustrer les supports de communication municipaux

MEDICAL
<input type="checkbox"/> Autorise les responsables de la mairie à prendre en cas d'urgence les dispositions (de transport, d'hospitalisation ou d'interventions cliniques) jugées indispensables pour la santé de mon(mes) enfant(s), y compris le(s) faire transporter à l'hôpital le plus proche. Les frais médicaux et d'hospitalisation s'y rattachant seront exclusivement à ma charge.
 Médecin traitant :
Nom Prénom :
Ville :
Téléphone

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.

Signature

DEMANDE DE PRELEVEMENT ANNEE 2017/2018

NOM..... PRENOM.....

Je souhaite renouveler ma demande de prélèvement : OUI  NON   
Si oui, ne remplissez pas ce mandat de prélèvement, celui de l'an dernier reste valable.

En cas de première demande de prélèvement ou changement de coordonnées bancaires, merci de remplir le mandat de prélèvement ci-dessous et de joindre un RIB.

Date Signature

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.

Identifiant créancier SEPA  
réservé Mairie

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

NOM, PRENOMS, ET ADRESSE DU  
DEBITEUR (vous)

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER  
**REGIE ENFANCE JEUNESSE**  
**Commune de MESQUER**  
Place de l'Hôtel 44420 - MESQUER

COMPTE A DEBITER

IBAN

|||| | |||| | |||| | |||| | |||| | |||| ||||

BIC

|||||||

JOINDRE UN RIB

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT

TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

CP ville :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la régie Enfance Jeunesse de la Commune de Mesquer à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions des régies ci-dessus mentionnées. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :  
LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  parfois

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui  non

### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature : .....

### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

### OBSERVATIONS