

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION STRUCTURES ENFANCE JEUNESSE ALSH 2020

Valable pour les vacances scolaires 2020-2021

- À l'accueil de loisirs 3/12 ans (mercredis et vacances scolaires)

A retourner dûment complétées et accompagnées des justificatifs demandés à l'adresse suivante : Service Enfance Jeunesse 100 allée des Ormeaux ou par mail ej.secretariat@mesquerquimiac.fr. Tout dossier incomplet ne sera pas traité

- Planifications ponctuelles *

Elles devront être faites, **au plus tard le jeudi précédant avant 10h.**



Par mail à : ej.secretariat@mesquerquimiac.fr ou en ligne sur le site internet du Service Enfance Jeunesse www.enfancejeunesse.mesquerquimiac.fr. Par téléphone au 02.40.42.65.43: le lundi, mardi et jeudi avant 10h00.

Toute inscription est due. Les absences non prévues sont facturées avec majoration de 50 %, sauf en cas d'évènement familial grave sur justificatif, ou maladie sur présentation d'un certificat médical dans les 72 heures.

Fonctionnement

○ Accueil de loisirs 3 / 12 ans :

Un programme d'animation est transmis par mail ou distribué.

Les inscriptions sont obligatoires (voir paragraphe précédent).

L'accueil de loisirs fonctionne en période scolaire et pendant les vacances scolaires (sauf vacances de Noël), les familles peuvent inscrire leur(s) enfant(s) à la journée ou à la demi-journée, avec ou sans repas.

Lors des vacances scolaires, L'ALSH est ouvert :

- Le lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi de 07h30 à 18h30

✓ PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

Les structures n'administrent aucun médicament sauf dans le cadre d'un PAI établi entre la famille, les responsables de structures et le médecin scolaire. Le PAI est un document réalisé uniquement à la demande des parents. Sans PAI, aucun régime alimentaire spécifique ne pourra être pris en compte.

✓ Quels justificatifs l'utilisateur doit-il communiquer avec le dossier à chaque nouvelle inscription ?

DOCUMENTS A FOURNIR EN 1 SEUL EXEMPLAIRE

ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE (OBLIGATOIRE) ET NOMINATIVE 2020-2021

PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS

EN CAS DE SEPARATION DES PARENTS, TOUTE PIECE JUSTIFICATIVE DE L'ATTRIBUTION DU DROIT DE GARDE EXCLUSIF

ATTESTATION 2020 CAF OU MSA PORTANT LE NUMERO ALLOCATAIRE OU AVIS D'IMPOSITION SUR LES REVENUS 2018 SI NON ALLOCATAIRE CAF OU MSA

EN CAS DE PAIEMENT DES FACTURES PAR PRELEVEMENT BANCAIRE : NECESSAIRE UNIQUEMENT POUR LA 1^{ERE} DEMANDE DE PRELEVEMENT

- L'AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE

1 PHOTO D'IDENTITE



FICHE INDIVIDUELLE ENFANT – 1 PAR ENFANT

VILLE DE MESQUER-QUÉMIAC

GENERALITES

NOM PRENOM DE L'ENFANT :

Né(é) le :

ADRESSE :

Sexe :

Téléphone :

Portable :

E-mail :

Nationalité :

Garde alternée

SCOLARITE

Classe :

Etablissement Scolaire :

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant

à quitter seul l'ALSH mercredis et/ ou vacances

J'autorise le service enfance jeunesse

à transporter mon enfant en car, en mini-bus ou en voiture

à photographier mon enfant et d'utiliser les photos afin d'illustrer les supports de communication municipaux

MEDICAL

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.

Fait le :

Signature :



DEMANDE DE PRELEVEMENT ANNEE 2020/2021

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
---	---

IBAN [][][][] [][][][] [][][][][] [][][][][][] [][][][][][][] BIC [][][][][][][][][][]	COMPTE A DEBITER <i>JOINDRE UN RIB</i>	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 2020/2021

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE* : Masculin/féminin

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES dernier rappel	VACCINS OBLIGATOIRES ENFANTS NES A PARTIR DU 01/01/2018	DATES dernier rappel
Diphtérie		COQUELUCHE	
Tétanos		HAEMOPHILIUS INFLUENZAE B	
Poliomyélite		HEPATITE B	
Ou DT polio		MENINGOCOQUE C	
Ou Tétracoq		PNEUMOCOQUE	
OREILLONS ROGEOLE RUBEOLE			



Accueils autorisés en l'absence de vaccination :

- Mineur avec une contre-indication médicale attestée par un médecin.
- Mineur non vacciné, uniquement dans les accueils sans hébergements et dans la limite de 3 mois au cours desquels la reprise du calendrier vaccinal doit être mise en œuvre.

L'enfant suit-il un traitement médical* ? OUI/NON (*Rayer la mention inutile*)

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.

PAI* (Projet d'Accueil Individualisé): OUI / NON

Traitement médical suivi par l'enfant :

Allergies :



Alimentaire(s) :

Précisez :



Autre(s) :

Précisez :

CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?*

RUBÉOLE OUI / NON VARCICELLE OUI / NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI / NON

ANGINE OUI / NON SCARLATINE OUI / NON OTITE OUI / NON

ROUGEOLE OUI / NON COQUELUCHE OUI / NON

OREILLONS OUI / NON

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations opérations...) :

.....

.....

.....

.....

Précisez dates et précautions à prendre :

.....

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents (Lunettes, prothèses auditives, dentaires...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Médecin Traitant :

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Téléphone.....

Fait le :

Signature :