



**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION STRUCTURES
ENFANCE JEUNESSE ALSH 2020
Valable pour les vacances scolaires 2020-2021**

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT – 1 PAR ENFANT

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 :



**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION STRUCTURES
ENFANCE JEUNESSE ALSH 2020
Valable pour les vacances scolaires 2020-2021**

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

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.



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION STRUCTURES ENFANCE JEUNESSE ALSH 2020 Valable pour les vacances scolaires 2020-2021

FICHE SANITAIRE 2020/2021

NOM :

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

PRENOM :

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 Tétracog		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 :