

A remettre au **Pôle enfance (Nicolas URIEN tél : 02 98 52 58 50)** avant toute fréquentation. Une fiche par enfant.

**Enfant**

**École fréquentée**

<b>Nom</b> ..... <b>Prénom</b> ..... Né(e) le : ..... à ..... Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	École : ..... Classe : .....
---	---------------------------------

**Représentant légal 1**

**Représentant légal 2**

<b>Nom</b> ..... <b>Prénom</b> ..... Adresse ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Professionnel ..... Courriel* : .....	<b>Nom</b> ..... <b>Prénom</b> ..... Adresse ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Professionnel ..... Courriel* : .....
---	---

\* la collectivité garantie que l'adresse mail sera utilisée uniquement pour communiquer des informations en lien avec le service enfance-jeunesse

Si vous ne souhaitez pas recevoir d'information relatives aux activités péri et extra-scolaires aux adresses mail indiquées ci-dessus, veuillez cocher la case ci-contre

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence**

Nom	Prénom	Qualité (grands-parents...)	Téléphone	A prévenir en cas d'urgence	
				Oui	Non
				<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"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autorisations parentales (à compléter impérativement)**

<b>Autorise mon enfant à quitter seul :</b>  <input type="checkbox"/> Les temps périscolaires à partir de : .... h .... <input type="checkbox"/> L'accueil de loisirs à partir de : .... h ....  <input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à être véhiculé dans le cadre des activités péri et extrascolaires <input type="checkbox"/> Autorise mon enfant à participer aux activités sportives organiser dans le cadre de l'accueil périscolaire et de l'accueil de loisirs	<b>Autorise la Commune de Plomelin à diffuser les images avec votre enfant :</b>  <input type="checkbox"/> Au sein des structures fréquentées <input type="checkbox"/> Sur les supports de la Commune (Portail famille, site internet, kannadig) <input type="checkbox"/> Dans la presse
---	--



## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS PÉRI ET EXTRASCOLAIRE 2024/2025

### Allergie(s)

### Habitude(s) alimentaire(s)

<b>Allergies alimentaires :</b> ..... <b>Contactez la responsable de l'accueil des enfants au 06 08 96 54 59.</b> Si allergie, merci de remplir le formulaire de « demande de prise en compte » téléchargeable sur le Portail Famille.	<b>Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  Si oui, merci de remplir le formulaire de demande « de prise en compte » téléchargeable sur le Portail Famille. <b>Aucun repas de substitution ne sera fourni par le restaurant scolaire.</b>
--	---

### Contre-indication(s)

### Vaccins

.....	Fournir une copie des vaccins ou une attestation du médecin.
-------	--

### PAI et accompagnement(s) spécifique(s)

Si oui, merci de remplir le formulaire de « prise en compte » téléchargeable sur le Portail Famille.

Médecin traitant : Dr .....	
Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical ? (diabète, hémophilie, asthme, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser .....	
Votre enfant relève-t-il d'un accompagnement spécifique ? (handicap moteur ou autre)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser .....	
Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui (fournir une copie) : <input type="checkbox"/> Temps scolaire <input type="checkbox"/> Temps périscolaire	

### Informations complémentaires

Autres recommandations concernant les besoins particuliers de votre enfant (trouble du comportement, motricité, dys, ) ..... Port de lunettes, lentilles, appareil dentaire/auditif.....
---

Je soussigné,....., autorise les services municipaux encadrant mon enfant à **pratiquer les soins d'urgence**, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à prévenir le service de toute modification (changement d'adresse, problème de santé, situation familiale...)

Fait à PLOMELIN, le

**Signature obligatoire**