

## DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS (1<sup>ère</sup> inscription)

Année scolaire : \_\_\_\_ 2020 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2021 \_\_\_\_

Service Jeunesse Education

En cas de parents séparés, nous demandons à chaque parent de remplir un dossier de renseignements

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

#### L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### Scolarisation :

Ecole demandée : \_\_\_\_\_ Classe/niveau : \_\_\_\_\_

#### LES PARENTS DE L'ENFANT

Parent 1 (**payeur**) :  Père  Mère

Nom d'époux (se) : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél. portable personnel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Code CSP : \_\_\_\_\_

(les codes CSP se trouvent en page 6 du dossier)

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Parent 2 :  Père  Mère

Nom d'époux (se) : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél. portable personnel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Code CSP : \_\_\_\_\_

(les codes CSP se trouvent en page 6 du dossier)

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### SITUATION DES PARENTS

Mariés (es)  Pacsés (es)  Vie maritale

Séparés (es)  Divorcés (es)  Veuf(ve)  Célibataire

Garde alternée : joindre un calendrier daté et signé des deux parents

Un des parents est-il déchu de son autorité parentale : Non  Oui  N° ordonnance : \_\_\_\_\_

(Fournir une copie du jugement)

#### Assurances

Je déclare avoir pris connaissance de l'obligation de souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile (couvrant mon enfant dans le cadre des activités péri et extrascolaires) étendue à la garantie individuelle de l'enfant.

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_ N° contrat : \_\_\_\_\_

Attention : La perte, le vol ou le bris des effets personnels ne sont pas couverts par l'assurance de la ville.

**DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS (1<sup>ère</sup> inscription)**

Année scolaire : \_\_\_\_\_ 2020 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2021 \_\_\_\_\_

Service Jeunesse Education

**COMPOSITION ACTUELLE DU FOYER** (Le foyer correspondant au parent qui dépose le dossier)

Nom – Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Autre (s) enfant(s) résidant dans le foyer**

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de scolarisation	F	M

**A ne remplir qu'en cas de foyer recomposé - chaque parent devra remplir un dossier de renseignements**

Représentant 1 (payeur) :	Représentant 2 :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____ (Préciser le lien avec l'enfant) : _____	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____ (Préciser le lien avec l'enfant) : _____
Nom _____ Nom d'usage _____ (si différent du nom)	Nom _____ Nom d'usage _____ (si différent du nom)
Prénom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____	Date de naissance : ____/____/____
Tél. Domicile : ____/____/____/____/____	Tél. Domicile : ____/____/____/____/____
Tél. portable personnel : ____/____/____/____/____	Tél. portable personnel : ____/____/____/____/____
Tél. professionnel : ____/____/____/____/____	Tél. professionnel : ____/____/____/____/____
Profession : _____ Code CSP : _____ <small>(les codes CSP se trouvent en page 6 du dossier)</small>	Profession : _____ Code CSP : _____ <small>(les codes CSP se trouvent en page 6 du dossier)</small>
Courriel : _____@_____	Courriel : _____@_____

**Régime allocataire**

CAF  MSA

Nom et prénom du titulaire : \_\_\_\_\_

N° allocataire : \_\_\_\_\_

J'autorise les personnes habilitées à consulter mon quotient familial sur le site CDAP.

**DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS (1<sup>ère</sup> inscription)**

Année scolaire : \_\_\_\_\_ 2020 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2021 \_\_\_\_\_

Service Jeunesse Education

**AUTORISATIONS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom – Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Personnes autorisées**

Seules les personnes indiquées ci-dessous sont autorisées à venir chercher l'enfant et /ou à prévenir en cas d'urgence.

En cas d'ajout en cours d'année scolaire, il est demandé aux parents ou responsables légaux de faire un courrier, daté, signé, qui précise la durée de l'autorisation, transmis au responsable de la structure (ultérieurement ces démarches pourront être faites via le portail famille). Une pièce d'identité peut être demandée lorsque la personne vient chercher l'enfant.

Rappel : En cas de garde alternée, les contacts sont valables pour les deux parents. En cas de refus, le signaler par courrier.

Nom	Prénom	Lien de parenté	Age	Téléphone

**Restauration**

Depuis 2017, la collectivité propose deux grilles de menus en restauration collective. Ces deux grilles répondent aux objectifs de bonne nutrition et d'équilibre alimentaire dans l'intérêt de l'enfant.

Au choix, cochez la case :

- Menu 1 : apport en protéines avec viande, poisson, œuf
- Menu 2 : apport en protéine sans viande de porc, celle-ci est remplacée soit par une autre viande, soit par un plat à base d'œufs, soit par des protéines végétales.

Pour tout autre régime alimentaire, contactez le service Jeunesse Education à POLLEN.

**DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS (1<sup>ère</sup> inscription)**

Année scolaire : \_\_\_\_\_ 2020 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2021 \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS CONCERNANT L'ENFANT (suite)**

Nom – Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Départs des structures**

- Les enfants (scolarisés en école élémentaire : CP à CM2) fréquentant les structures péri et extrascolaires, ne sont pas autorisés à partir seul.
- Les jeunes fréquentant les structures péri et extrascolaires (LAJ et/ou LEJ) sont autorisés à rentrer seul après les activités.

**Droit à l'image**

Les parents ou responsables légaux de l'enfant autorisent la ville de Ploufragan à diffuser, à but non lucratif, l'image et la voix de leur enfant sur tous modes de supports, dans le cadre de sa communication.

**Transports et activités**

Les parents ou responsables légaux autorisent leurs enfants à participer à toutes les activités proposées dans les structures et autorisent la ville de Ploufragan à effectuer des déplacements (car, bus, pédestre) dans le cadre des activités proposées.

Rappel en cas de refus, la ville informe que l'accueil des enfants sur certaines activités pourrait ne pas être assuré.

**En cas de refus de l'une de ces règles, il est demandé aux parents ou responsables légaux de la signaler par écrit, daté et signé transmis au service Jeunesse Education.**

**DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS (1<sup>ère</sup> inscription)**

Année scolaire : \_\_\_\_\_ 2020 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2021 \_\_\_\_\_

Service Jeunesse Education

**VALIDATION DU DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION**

Nom – Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

**RGPD**

J'accepte que les informations recueillies sur ce dossier soient récoltées et utilisées par le service Jeunesse Education uniquement pour la gestion des inscriptions scolaires, périscolaires et extrascolaires de mon enfant. Elles sont conservées selon la durée en vigueur conformément au Règlement (UE) 2016/679 du parlement européen relatif à la Protection des Données Personnelles.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de suppression aux données qui vous concerne et les faire rectifier en contactant l'accueil du service Jeunesse Education : [enfance.jeunesse@ploufragan.fr](mailto:enfance.jeunesse@ploufragan.fr).

**Règlement intérieur**

Je soussigné(e) avoir pris connaissance des « modalités d'accueil sur les structures du service Jeunesse Education » dans le cadre du « Petit Guide à l'usage des parents » et m'engage à respecter et faire respecter le règlement intérieur (adopté en conseil municipal du 09 avril 2019) par mon enfant, ces documents accessibles sur le site de la ville [www.ploufragan.fr](http://www.ploufragan.fr).

Je certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à prévenir le service Jeunesse Education de toutes modifications (changement de coordonnées, problème de santé, situation familiale...) afin de tenir à jour le dossier de mon enfant. Je dégage la ville de Ploufragan de toutes responsabilités concernant toutes modifications que je n'aurai pas portées à sa connaissance.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Signature**

## DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS (1<sup>ère</sup> inscription)

Année scolaire : \_\_\_\_\_ 2020 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2021 \_\_\_\_\_

Service Jeunesse Education

### PIECES A FOURNIR - pour la composition du dossier et/ou présentation à POLLEN

CAS GENERAL	CAS PARTICULIER
<input type="checkbox"/> Livret de famille <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile (moins de 3 mois) : Facture d'eau, électricité, assurance-habitation... <input type="checkbox"/> carnet de santé avec les vaccinations à jour de l'enfant	<input type="checkbox"/> Certificat de radiation (de l'ancienne école) <input type="checkbox"/> PAI (en cours) <input type="checkbox"/> Garde alternée : fournir calendrier daté et signé par les deux parents <input type="checkbox"/> En cas d'autorité parentale non partagée, fournir la notification du jugement de divorce ou la convention homologuée auprès du Juge des Affaires Familiales.

### Code des Catégories socioprofessionnelles (code CSP)

Famille	Code	Niveau détaillé
Agriculteurs exploitants	1	Petite, moyenne et grande exploitation
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2	Artisans, commerçants et assimilés, chefs d'entreprise...
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3	Professions libérales, cadres de la fonction publique, professeur, cadres administratifs, ingénieurs...
Professions intermédiaires	4	Instituteurs, professions intermédiaires de la santé et du travail social, professions intermédiaires administratives de la fonction publique, techniciens, agent de maîtrise...
Employés	5	Policiers, militaires, employés de commerce, employés civils et agents de service de la fonction publique
Ouvriers	6	Ouvriers qualifiés ou non de l'industrie, de l'agriculture, de l'artisanat, de la manutention, du magasinage, et du transport...
Retraités	7	
Autres personnes sans activités professionnelles	8	Chômeur, élèves, étudiant, inactif de + de 60 ans (pas retraités)...

### Questionnaire de santé - pour les activités péri et extrascolaires (10/17 ans)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour la pratique de certains sports : moto, escalade....

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
Votre enfant a-t-il ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malais ?		
Votre enfant a-t-il eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Votre enfant a-t-il eu une perte de connaissance ?		
Si votre enfant a arrêté le sport pendant plus de 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous pris l'accord d'un médecin ?		
Votre enfant a-t-il débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>A ce jour</b>		
Votre enfant ressent-il une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, déchirure, tendinite, etc....) survenu durant les 12 derniers mois ?		
La pratique sportive de votre enfant a-t-elle été interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous que votre enfant a besoin d'un avis médical pour suivre une pratique sportive ?		

**!! Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs cases : nous vous demandons de fournir un certificat médical pour la pratique des sports sur les activités spécifiques péri et extrascolaires.**

**DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS (1<sup>ère</sup> inscription)**

Année scolaire : \_\_\_\_ 2020 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2021 \_\_\_\_

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

**L'ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Scolarisation :**

Ecole demandée : \_\_\_\_\_ Classe/niveau : \_\_\_\_\_

**Coordonnées des parents à contacter en cas d'urgence :**

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____ (Préciser le lien avec l'enfant) : _____  Nom _____ Prénom : _____  Tél. Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Tél. portable personnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Tél. professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____ (Préciser le lien avec l'enfant) : _____  Nom _____ Prénom : _____  Tél. Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Tél. portable personnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Tél. professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
--	--

**Médecin traitant**

Nom du médecin traitant de l'enfant : \_\_\_\_\_

N° de téléphone du médecin : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Vaccinations**

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant + fournir une copie de carnet de santé.

Vaccinations obligatoires*	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccinations obligatoires *	Oui	Non	Dates derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole, oreillons, rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT Polio				BCG			
Ou Trétacoq							

\* Pour les enfants nés avant le 31/12/2017, seul le DTP est obligatoire sauf contre-indication médicale.

**Allergies, intolérances, handicap**

Votre enfant bénéficie-t-il d'un :

- AESH (Accompagnement Enfant en situation de Handicap) sur les temps scolaire  Oui  Non  
 Cet accompagnement -t-il nécessaire sur les temps péri et extrascolaire ?  Oui  Non

En cas de besoin d'un accompagnement sur les temps péri et/ou extra scolaire : convenir d'un rendez-vous avec le responsable de la structure, afin d'établir un premier bilan et la possibilité d'un accueil.

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

- PAP (Projet d'Accueil Personnalisé) en milieu scolaire ?  Oui  Non  
Ce projet est-il nécessaire sur les temps péri et /ou extrascolaire ?  Oui  Non  
En cas de demande de fréquentation des services péri et /ou extra scolaire : convenir d'un rendez-vous avec le responsable de la structure, afin d'établir un premier bilan et la possibilité d'un accueil.

- PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)  oui  non  
Si votre enfant bénéficie d'un PAI : Fournir le dernier protocole existant (voir page pièces à fournir).

Si vous souhaitez mettre en place un PAI :

- Contacter le médecin scolaire pour une prise de rendez-vous  
Dr NORGEOT - CMS Abel Violette : 02.90.90.48.50
- En attendant ce rendez-vous, l'enfant devra apporter si allergie alimentaire : un panier repas (midi et goûter).
- Le PAI établi, il doit être transmis à POLLEN.

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Rappels : Si un enfant est fiévreux ou souffrant, la structure prévient aussitôt les parents ou responsables légaux qui doivent prendre leurs dispositions pour venir chercher l'enfant. Les structures ne peuvent pas accueillir des enfants présentant une affection contagieuse en cours d'évolution.

### Suivi sanitaire :

Votre enfant suit-il un traitement ?  Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, allergies ?)  Oui  Non

Si oui, préciser les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

Autres renseignements médicaux concernant l'enfant : \_\_\_\_\_

### Attestation sur l'honneur :

Je soussigné (e), M/Mme/Tuteur de l'enfant (Nom Prénom) \_\_\_\_\_  
agissant en qualité de père/mère/tuteur de l'enfant (Nom Prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_  
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé pour les activités péri et extrascolaires (10/17 ans).

J'autorise les responsables des services péri et extrascolaires à prendre, en tous lieux et à toutes heures, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Signature**