



## Fiche de renseignements Service Enfance Education

Mairie de Crozon  
Place Léon Blum  
BP 12  
29160 Crozon cedex  
☎ : 02 98 17 09 47  
✉ @enfance@mairie-crozon.fr



### Identité de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....  
Garçon  Fille  Né(e) le : ---/---/---- à : .....  
Nom de l'école : ..... Classe et niveau scolaire : .....  
Inscription :  
Cantine  Accueil de loisirs  Garderie



### Etablissement scolaire fréquenté : (nom de l'établissement & commune)

.....

### Classe et niveau scolaire :

.....



### Adresse de facturation

Factures envoyées à : {Mr et Mme} ou {Mr} ou {Mme}

Adresse : .....

Code postal : -- --- Ville : .....



Quotient familial : .....

**IMPORTANT**

Pour les familles ne fournissant pas le N° allocataire CAF, le tarif le plus élevé sera appliqué.

CAF - N° allocataire : .....  MSA  ASA

N° de sécurité sociale (dont dépend l'enfant) : .....

**Parents responsables légaux :**

**MERE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

Code postal : -- --- Ville : .....

Téléphone : -- -- -- -- Portable : -- -- -- --

Courriel : .....@.....

Profession : .....

Lieu de travail : .....

Téléphone travail : -- -- -- -- Portable travail : -- -- -- --

N° de sécurité sociale : .....

N° de CAF : ..... N° de MSA : .....

Date de naissance : --/--/--- Lieu de naissance : .....

Situation de famille :

- Mariée  Vie maritale  séparée  divorcée  pacsée  veuve

**PERE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

Code postal : -- --- Ville : .....

Téléphone : -- -- -- -- Portable : -- -- -- --

Courriel : .....@.....

Profession : .....

Lieu de travail : .....

Téléphone travail : -- -- -- -- Portable travail : -- -- -- --

N° de sécurité sociale : .....

N° de CAF : ..... N° de MSA : .....

Date de naissance : --/--/--- Lieu de naissance : .....

Situation de famille :

- Marié  Vie maritale  séparé  divorcée  pacsée  veuf





## Renseignements médicaux :

### Médecin(s) traitant de l'enfant

Nom	Spécialité	Téléphone

Votre enfant bénéficie t'il de la mise en place d'un PAI :  OUI  NON

Votre enfant est t'il déclaré auprès de la MDPH :  OUI  NON

Est-ce qu'une aide particulière a été mise en place pour la scolarité :  OUI  NON

Si oui laquelle ?..... Merci de nous fournir le document de reconnaissance délivrée par la Maison du Handicap (MDPH)

Votre enfant suit t'il un traitement médical :  OUI  NON

(si oui n'oubliez pas de joindre une ordonnance aux médicaments)

### Allergies

Allimentaire :  OUI  NON Précisez : .....

Médicamenteuses :  OUI  NON Précisez : .....

Régimes alimentaires (lié à une allergie) Précisez : .....

Autres (animaux, pollens, plantes...) :  OUI  NON Préciser : .....

### Personnes à contacter en cas d'urgence :



Nom - Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant / commentaire

### ASSURANCE "responsabilité civile":

Nom de l'assurance:

Nom de l'assuré:

N° de police d'assurance:



Pour tous renseignements vous pouvez contacter le service Enfance Education

☎ 02 98 17 09 47

@ Courriel : [enfance@mairie-crozon.fr](mailto:enfance@mairie-crozon.fr)



## Personne autorisées à venir chercher l'enfant

Son père <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sa mère <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Autres personnes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (préciser leur coordonnées ci-dessous)			
Nom – Prénom	Adresse	N° de téléphone	Lien avec l'enfant / commentaire

### Autorisations :

Je soussigné.....

Père, mère, ou tuteur de .....

- Autorise la commune de Crozon à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, tous les soins et ou interventions nécessités de façon urgente pour l'état de santé de mon enfant :  
 OUI  NON
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs et / ou de la garderie sous la responsabilité du personnel d'encadrement de la commune de Crozon  
 OUI  NON
- Autorise la commune de Crozon à transporter mon, mes enfant(s) dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs  OUI  NON
- Autorise la commune de Crozon à utiliser et à diffuser les photos de mon mes enfants(s) prises lors de différentes activités qu'elle organise, dans le but de les promouvoir sur les différents supports de communication de la commune de Crozon  OUI  NON
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date et signature précédé de la mention « lu et approuvé » :

.....



Inscriptions et / ou paiement sur internet

En vous connectant sur [crozon.portail-familles.net](http://crozon.portail-familles.net), vous pouvez :

- Inscrire vos enfants de chez vous, consulter les inscriptions de vos enfants, payer et consulter les factures directement en ligne, mettre à jour les informations vous concernant.....
- Le portail famille est un outil accessible 7 jours sur 7 et 24h/24 à l'adresse suivante : [crozon.portail-familles.net](http://crozon.portail-familles.net)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

---



---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS**

**L'ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT :**

L'ALSH est une structure d'accueil et de garde sans hébergement destinée aux enfants âgés de 3 à 12 ans. L'ALSH est habilité par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et soumis à une législation et à une réglementation spécifique.

L'ALSH est un service municipal géré par la commune de CROZON. Celui-ci a mis en place un projet pédagogique en cohérence avec le projet éducatif, l'équipe d'animation est chargée de le mettre en œuvre.

Il a pour vocation de proposer des activités de loisirs diversifiées et adaptées à l'âge des enfants.

**FONCTIONNEMENT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS :**

**Le mercredi :**

A la journée ou à la ½ journée :

Le matin sans repas : de 9h à 12h

Le matin avec repas de 9h à 13h30

L'après-midi avec repas : de 12h à 17h00

L'après-midi sans repas : de 13h30 à 17h00

**Vacances scolaires :**

La journée uniquement : de 9h à 17h.

Un accueil pré & post (garderie) sera assuré de 7h30 à 9h00 et de 17h00 à 18h30.

L'effectif est limité à 40 enfants pour les 3/5 ans et à 36 pour les 6/12 ans.

**TARIFICATION :**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, tarification selon votre quotient familial (délibération du conseil municipal 2016). Veuillez à actualiser vos informations auprès de nos services lorsque votre quotient familial évolue afin que la facturation corresponde.

Les quotients familiaux sont réactualisés chaque année, au mois d'avril, auprès des services de la CAF. Les factures seront établies en fonction de ce QF.

Quotient familial	Prix journée	Prix ½ journée avec repas	Prix ½ journée sans repas
QF < 630 €	6 €	5,10 €	2,90 €
631 € < QF < 840 €	8 €	6,40 €	3,80 €
841 € < QF < 1050 €	10 €	8 €	4,70 €
1051 € < QF < 1680 €	12 €	9,60 €	5,60 €
QF > 1680 €	15 €	12 €	7 €

**- Tarifs garderie :**

-Résidents de la commune : 0,70€ la ½ heure. (soir)

**ACTIVITES :**

L'ALSH se réserve le droit d'annuler ou de modifier ses programmes en fonction du souhait des enfants, des conditions météorologiques ou d'un nombre insuffisant de participants.

**INSCRIPTIONS :**

Pour tous renseignements, l'accueil est ouvert les lundis, mardis et jeudis de 9h à 12h00.

L'inscription de l'enfant est prise en compte uniquement lorsque les différentes informations demandées sont renseignées sur le portail famille.

Toute absence non excusée 6 jours à l'avance ou non justifiée sera facturée.

La directrice est en droit de refuser les enfants non inscrit dans les délais.

**Tous changements intervenants au cours de l'année (adresse, n° de téléphone, situation familiale ou professionnelle...) devront être portés à la connaissance de la direction de l'ALSH.**

**LE DEPART ET L'ARRIVEE DE L'ENFANT :**

Les parents doivent **impérativement** accompagner l'enfant dans les locaux et confier celui-ci à un animateur ; en aucun cas l'enfant ne doit arriver seul à l'ALSH ou être déposé devant le bâtiment (excepté autorisation écrite des parents et accord de la directrice). Les parents doivent se présenter à un animateur et prévenir celui-ci du départ de l'enfant.

Aucun enfant n'est autorisé à quitter seul l'ALSH. Les parents ou les répondants désignés sur la fiche d'inscription, sont les seuls habilités à venir chercher l'enfant (répondant âgé de plus de 16 ans).

**L'EQUIPE D'ANIMATION :**

L'équipe d'animation est composée d'une directrice, d'animateurs diplômés et de stagiaires.

Selon la réglementation de la D.D.C.S. les normes d'encadrement sont fixées en fonction de l'âge des enfants à savoir :

1 animateur pour 8 enfants de 3 à 5 ans

1 animateur pour 12 enfants âgés de 6 à 12 ans.

Le projet pédagogique de l'accueil est consultable sur le site de la mairie de Crozon, rubrique « enfance-jeunesse ».



## DISPOSITIONS PARTICULIERES (Santé et sécurité) :

Les enfants malades ne peuvent être accueillis à l'ALSH. En cas de maladie contagieuse, les délais d'éviction sont à respecter conformément à la législation en vigueur. Les parents devront fournir un certificat de non contagion au retour de l'enfant.

En cas de maladie ou d'accident survenant à l'ALSH, en sortie ou en camp, la directrice prévient les parents. Si ceux-ci ne peuvent être joints, la directrice prévient un médecin, les pompiers ou l'hôpital le plus proche.

L'équipe d'animation est autorisée à administrer des médicaments aux enfants uniquement sous la responsabilité des parents et sur présentation d'une ordonnance.

Il est demandé aux parents et à toute personne venant chercher les enfants, de bien vouloir stationner ou se garer sur les parkings et en aucun cas derrière les barrières à l'entrée de l'ALSH.

Les objets dangereux (couteaux, briquets...) sont interdits.

Le port de bijoux ou d'objet de valeur se fait sous la responsabilité des parents. L'ALSH décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets dits de valeur (bijoux, argent, consoles de jeux, lecteur MP3, jouets...).

Il est indispensable de fournir :

- une tenue vestimentaire de rechange (marquée au nom de l'enfant) pour les plus petits (3/5 ans)
  - une paire de chaussons (marquée au nom de l'enfant) avec possibilité de les laisser sur place
- L'enfant peut apporter son « doudou » marqué à son nom.

Dans le cas de prêt de vêtements de rechange aux enfants par l'ALSH, il vous sera demandé de bien vouloir les restituer lors de sa prochaine venue. A défaut, ils peuvent être facturés.

## REGLES DE VIE :

Si les règles de vie ne sont pas respectées (violences ou agressivité envers les autres enfants ou les adultes), et si les tentatives de conciliation n'aboutissent pas, la directrice envisagera des sanctions à savoir : avertissement, exclusion temporaire voire définitive...

## AUTORISATION PARENTALE :

Ayant pris connaissance du fonctionnement de l'ALSH de CROZON :

Je soussigné (e) ..... (père, mère, responsable légal) \*

\* rayer la mention inutile

de l'enfant : .....

Fait à ..... le .....

Signature (à faire précéder de la mention manuscrite « Lu et approuvé. Bon pour accord »)