



PERISCOLAIRE SAINT GEORGES MOTEL

Reçu le .../.../... à ...h...



MATERNEL **ELEMENTAIRE**

NOM de l'enfant : **Prénom de l'enfant :**

Ecole fréquentée : **Classe :**

Sexe : Féminin Masculin **Date de naissance :** ___/___/____

Médecin Traitant :

Demande de PAI : Oui Non (Repas spécifiques en cas d'allergies, enfant atteint de handicap etc...)

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant

Mail :

PARENT 1 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE 1 (Rayer les mentions inutiles) :

NOM : **Prénom :** **Né(e) le :**

Adresse :

Code postal : _____ **Ville :**

Tel domicile : _____ **Tel Professionnel :** _____

Tel portable : _____

N° de Sécu : _____ **N° Allocataire :**

Régime : CAF MSA Autres : **N° Allocataire :**

Quotient :

Sous tutelle financière : Oui Non

PARENT 2 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE 2 (Rayer les mentions inutiles) :

NOM : **Prénom :** **Né(e) le :**

Adresse :

Code postal : _____ **Ville :**

Tel domicile : _____ **Tel Professionnel :** _____

Tel portable : _____

N° de Sécu : _____ **N° Allocataire :**

Régime : CAF MSA Autres : **N° Allocataire :**

Quotient :

Sous tutelle financière : Oui Non

Observation (Régime particuliers etc...) :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et atteste avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur.

Dans le cadre de la protection des données (Rgpd), les familles doivent désormais donner leur autorisation, afin de consulter et recueillir les informations suivantes : les ressources N-2, le quotient familial N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiant de l'Aeek :

J'autorise Je n'autorise pas

L'Association des PEP 28 à recueillir les informations citées ci-dessus afin de faire calculer mon quotient familial applicable dans le cadre de l'accueil périscolaire et/ou de loisirs et à en conserver une copie pour une durée de 5 ans minimum.

Fait à : Le ___/___/___ **SIGNATURE :**

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Facturation :

Les enfants fréquentant l'accueil périscolaire en occasionnel devront systématiquement s'inscrire auprès du service Pep28 par le biais du coupon planning à disposition à la Maison France Service, aux accueils concernés ou sur notre site internet : www.lespep28.org

La facture sera établie en fonction du coupon planning rempli par la famille (sauf sur présentation d'un certificat médical au nom de l'enfant sous 48h maximum en cas d'absence).

Remplir et rendre le coupon planning occasionnel au plus tard le mercredi 17h30 pour la semaine suivante de la venue de l'enfant et sous réserve de places disponibles. Vous pouvez annuler une date ou plusieurs sur le coupon au plus tard le mercredi 17h30 pour la semaine suivante également.

INSCRIPTION A L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

L'Association des PEP28 vous propose un accueil périscolaire dans la limite des places disponibles.

Accueil en Occasionnel (Coupon à remplir)

INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS PETITES ET GRANDES VACANCES

Les dates d'inscriptions définitives sont communiquées sur la plaquette d'informations aux familles, sur le site internet des PEP 28 ainsi que sur les accueils de loisirs.

Attention : Une inscription est obligatoire pour chaque période de vacances (cf règlement de fonctionnement).

Vous pouvez inscrire votre (ou vos) enfant(s) sur votre espace famille si vous en avez demandé l'accès (cf accès portail famille)

Justificatifs à communiquer avec le dossier :

- ✓ Fiche sanitaire avec photo obligatoire
- ✓ Numéro allocataire CAF (Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 pour les familles affiliées à la MSA ou autre)
- ✓ Photocopie des vaccins de votre enfant
- ✓ Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les activités extra-scolaires

Nous attestons sur l'honneur l'authenticité des renseignements ci-dessus, et nous nous engageons à signaler tout changement significatif dans notre situation.

L'Association des PEP 28 souhaiterait mettre en place un comité des usagers des services périscolaires, extrascolaires, c'est une instance de démocratie participative. Les parents participants peuvent s'exprimer, être écoutés et de faire des propositions pour améliorer les actions. **Souhaitez- vous participer au comité des usagers ?**

Oui

Non

Je m'engage, après avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription, à respecter tant pour moi que pour mon enfant **le Règlement de fonctionnement** en vigueur dans l'accueil.

La signature de ce document vaut l'acceptation pleine et entière du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs Périscolaire et Extrascolaire de l'Association des PEP 28.

A :

Le :

Signatures des Titulaires de l'Autorité Parentale :

ACCES PORTAIL FAMILLE

Je soussigné(e) (NOM + Prénom) :

Adresse mail :

Titulaire de l'Autorité parentale de l'enfant :

NOM :

Prénom :

Souhaite avoir accès au Portail Famille afin de réserver les vacances scolaires, payer les factures ou prévenir de tout changement concernant mes coordonnées (NOM, mail, adresse etc...)

PS : Pour les familles qui ont accès déjà accès au Portail Famille, vous n'avez pas besoin de faire une nouvelle demande, les codes d'accès reste valable pour l'année 2025/2026.

A :

Le :

Signatures des Titulaires de l'Autorité parentale :



Dans le cadre d'une recherche écologique, nous vous informons que l'Association des PEP28 se propose de vous envoyer vos factures en format électronique (PDF) par l'intermédiaire de votre adresse mail.

Afin de nous permettre de vous adresser votre facture par mail, nous vous remercions de compléter le formulaire ci-dessous :

NOM de famille :

NOM et PRENOM de l'enfant :

J'accepte de recevoir ma facture par mail

Adresse mail valide :

Je m'engage à vous informer de tout changement d'adresse mail dans les meilleurs délais.

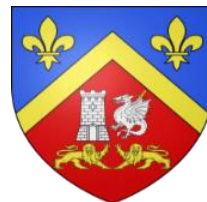
Pour le règlement, vous pouvez éditer vous-même la facture et nous le transmettre accompagné du coupon détachable.

Je refuse de recevoir ma facture par mail

A :

Le :

Signatures des Titulaires de l'autorité parentale :



TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ

Liste des documents à joindre :

- Dossier Unique
- Fiche sanitaire avec photo obligatoire
- Numéro allocataire CAF (Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 pour les familles affiliées à la MSA ou autre)
- Photocopie des vaccins de votre enfant
- Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les activités extra-scolaires

Le dossier COMPLET sera à déposer :

- A la Maison France Services – 38, rue Charles Renard 28350 SAINT-LUBIN-DES-JONCHERETS – aux horaires d'ouvertures (Voir Plaquette)
- Par mail : secretariat.saintlubin@pep28.asso.fr

A compter du 08 Février 2025 et jusqu'au :

VENDREDI 27 JUIN 2025

**AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION DE
PHOTOGRAPHIE**

(Pour une personne mineure)

Je soussigné(e) : Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : VILLE :

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant :

NOM :

Prénom :

AUTORISE (cochez les cases utiles) :

La prise d'une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le (les) représentant(s).

La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le (les) représentant(s) dans le(s) cadre(s) strictement énoncé(s) ci-après :

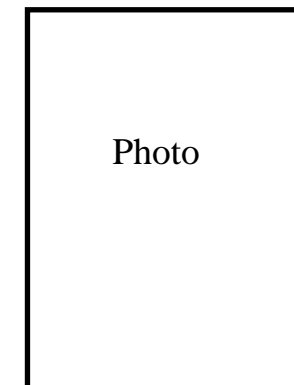
site Internet des PEP, site Internet des PEP28, plaquette de communication pour l'ADPEP28 et autres publications diverses en rapport avec les PEP28 ou la fédération des PEP, présentations visuelles lors des réunions familles, publications et sites Inter- net de la Ville.

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, son (leur) image ne pourra faire l'objet d'une quelconque fixation, utilisation, diffusion ou commercialisation.

Fait à :

Le :

Signatures des Titulaires de l'autorité parentale :



Fiche Sanitaire
SAINT- GEORGES-
MOTEL

- Accueil de Loisirs 3-6 ans Maternel
- Accueil de Loisirs 6-12 ans Elémentaire

NOM :

Prénom :

Sexe : Féminin Masculin

Date de Naissance :

TITULAIRE DE L'AUTORITE PRENTALE :

NOM : Prénom :
Adresse :
.....
Tel domicile : Tel Pro :
Email :
Tel Portable :
N° Sécu : Centre de Sécu :
Employeur : Profession :
Régime allocataire :
 CAF N° CAF :
 MSA N° MSA :
 Autres
Sous tutelle financière : Oui Non
Organisme de tutelle :

PARENT 1

NOM : Prénom :
Adresse :
.....
Tel domicile : Tel Pro :
Email :
Tel Portable :
N° Sécu : Centre de Sécu :
Employeur : Profession :

PARENT 2

NOM : Prénom :
Adresse :
.....
Tel domicile : Tel Pro :
Email :
Tel Portable :
N° Sécu : Centre de Sécu :
Employeur : Profession :

Repas spécifique pour raison médicale ou religieuse : Oui Non

Précisez :

Autorisation intervention médical : Oui Non

Certificat médical présent avec ce document : Oui Non

Médecin traitant :

Demande de PAI alimentaire : Oui Non

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation etc...) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives etc...) :

.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e) :

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à :

Le :

Signatures des Titulaires de l'autorité parentale :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

La fiche sanitaire et les informations ci-dessous accompagnent votre enfant lors de chaque déplacement de l'accueil de loisirs. Merci de noter de nouveau tous les renseignements.

Pour vous joindre en cas d'urgence

PARENT 1 (NOM + Prénom) :

Domicile :

Portable :

Pro :

PARENT 2 (NOM + Prénom) :

Domicile :

Portable :

Pro :

Autres personnes à prévenir en cas d'accident

NOM Prénom :

Téléphone :

NOM Prénom :

Téléphone :

NOM Prénom :

Téléphone :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

NOM :

Prénom :

NOM :

Prénom :

NOM :

Prénom :