

**A retourner à l'Espace Famille [espace.famille@grandchamp.fr](mailto:espace.famille@grandchamp.fr) (02 97 66 44 92) ou à déposer à la Maison de l'Enfance Kerloustic**



## COMMUNE DE GRAND-CHAMP

**Accueil périscolaire – ALSH 3-11 ans – Jeunesse 11-17 ans – Restaurant scolaire**

### Fiche annuelle d'inscription 2025/2026

#### Enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  Garçon  Fille  
Né(e) le : ...../...../.....  
Etablissement Scolaire :  Sainte Marie  Yves Coppens  La Souris Verte  Autre : .....  
 Collège de Plescop  Collège de Grand-Champ  
Classe :

#### Famille – Renseignements de facturation (Activités payantes : Accueil périscolaire – ALSH 3-11 ans – Jeunesse 11-17 ans – Restaurant scolaire)

Civilité (préciser M., Mme, M. et Mlle) : .....  
Nom de famille : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville :  GRAND-CHAMP  Autre (précisez) : .....  
Situation familiale : mariés  pacés  divorcés  autre  : .....

*Une facture est établie mensuellement à terme échu. Le règlement est à effectuer directement auprès du trésor public de Vannes-Ménimur ou par prélèvement automatique, ou via le système TIPI (paiement sécurisé en ligne).*

N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend (obligatoire) : ...../...../.....  
Régime\* (obligatoire) : CAF  MSA  Autre

N° Allocataire (obligatoire) : .....

E-mail (obligatoire pour le portail famille) : .....@.....

Portable du mineur (non obligatoire) : .....

#### Fiche Père – Mère ou autre tuteur légal

#### Fiche – 2<sup>ème</sup> responsable

Nom : ..... Prénom : .....  
**Date de naissance (OBLIGATOIRE) :** .....  
Adresse (si différente de la facturation) : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
Téléphone professionnel : .....  
E-mail : .....  
Autorité parentale\* :  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....  
**Date de naissance (OBLIGATOIRE) :** .....  
Adresse (si différente de la facturation) : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone portable : .....  
Téléphone professionnel : .....  
E-mail : .....  
Autorité parentale\* :  Oui  Non

#### Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant le soir et à contacter en cas d'urgence :

Nom/prénom : ..... Tél : .....

Nom/prénom : ..... Tél : .....

Nom/prénom : ..... Tél : .....

*Toute personne autorisée à venir chercher un enfant doit être munie d'une pièce d'identité*

L'enfant suit-il un traitement médical\* :  Oui  Non

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

Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine  
 Coqueluche  Rougeole  Otite  Oreillons

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants

Allergies\* : Asthme : oui  non  Alimentaire : oui  non

Médicamenteuse : oui  non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

**Recommandations des parents (problèmes de santé, régime alimentaire particulier, port de lunettes...) :**

**Autorisations parentales**

Je soussigné(e), responsable de l'enfant :

- Autorise mon enfant à participer aux activités de sports et loisirs proposées et à utiliser les moyens de transport lors des activités à l'extérieur ;
- Déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile pour mon enfant numéro de contrat **obligatoire** : .....
- Autorise le responsable de la structure concernée à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) par l'état de santé de mon enfant ;
- Reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs et m'engage à les respecter ;
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer les éventuelles modifications à apporter en cours d'année.

**Autorisation d'être filmé(e) et photographié(e)\* :**  Oui  Non

Si oui, j'autorise le service Enfance/Jeunesse à prendre des photos ou (et) vidéos de mon enfant, à les utiliser sur des supports de publications papiers et numériques (bulletin municipal, presse locale, site internet communal, blog du service, album photo en ligne). Les éventuels commentaires accompagnant la reproduction des images devront respecter l'anonymat de mon enfant et ne pas porter atteinte à sa réputation.

**Autorisation d'accéder au service partenaire de la CAF (pour les allocataires CAF uniquement)\* :**  Oui  Non

Si oui, j'autorise le service à consulter le service partenaire de la CAF pour connaître le quotient familial de la famille. En l'absence de réponse, le service est autorisé à consulter le quotient familial sur le service partenaire de la CAF.

Fait à ....., le .....

**Signature du responsable légal :**  
Précédé de la mention « Lu et approuvé »

*\*cocher la case utile, ou répondre par oui ou non*

**Pièces à joindre au dossier :**

- Copie du carnet de santé (vaccinations) ou certificat médical de contre-indication de vaccins obligatoires
- Copie de l'extrait du jugement concernant la garde l'enfant si divorce ou séparation
- Attestation de quotient familial : MSA, Autre Régime, CAF (si refus d'accès au service CAFPRO)

**Information :** En cas de non transmission de l'attestation de quotient familial ou du numéro d'allocataire CAF pour le service partenaire de la CAF, le tarif le plus élevé sera automatiquement appliqué

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie.