

Maison de l'Enfance

Ty ar vugale

MdE

29830 Plouguin



Tél. : 09.64.05.25.45

Courriel : [mde.plouguin@orange.fr](mailto:mde.plouguin@orange.fr)

# Fiche d'inscription

Maison de l'Enfance

MdE

*Une fiche d'inscription par enfant, merci*

## L'enfant :

Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Sexe :            F            M
Adresse : .....	
.....	

## Représentant égal 1

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse du père : .....	
.....	
Profession : .....	Employeur : .....
N° de Tél domicile : ... / ... / ... / ... / ...	N° de Portable : ... / ... / ... / ... / ...
N° de Travail : ... / ... / ... / ... / ...	Courriel : .....

## Représentant égal 2

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse du mère : .....	
.....	
Profession : .....	Employeur : .....
N° de Tél domicile : ... / ... / ... / ... / ...	N° de Portable : ... / ... / ... / ... / ...
N° de Travail : ... / ... / ... / ... / ...	Courriel : .....

## Situation familiale

Marié(e)    Pacsé(e)    Divorcé(e)    Vie maritale    Célibataire    Veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge : .....   Nombre d'enfants inscrits à la MdE : .....

## Régime d'affiliation de l'enfant

Sécurité Sociale    MSA    ASA    Autre .....

N° d'allocation : .....

Allocataire CAF : nom de la caisse et n° : .....

Allocataire autre caisse : nom de la caisse et n° : .....

Tarifs d'après le Quotient familial :  OUI    NON

Mutuelle : ..... N° de contrat : .....

## Médecin traitant

Nom – Adresse – n° tél. : .....

## Les n° de téléphone en cas d'urgence

1- ... / ... / ... / ... / ...	Nom : .....
2- ... / ... / ... / ... / ...	Nom : .....
3- ... / ... / ... / ... / ...	Nom : .....
4- ... / ... / ... / ... / ...	Nom : .....
5- ... / ... / ... / ... / ...	Nom : .....

## **Le projet éducatif et le règlement intérieur**

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance et accepter le projet éducatif et le règlement intérieur de la Maison de l'Enfance (MdE) organisée par la mairie de Plouguin.

## **Autorisation parentale**

Ayant pris connaissance du fonctionnement de la MdE, je soussigné(e) .....,  
responsable légal de l'enfant : .....

- 1) Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par la MdE.
- 2) Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après le départ de la MdE auquel est inscrit mon enfant.
- 3) Autorise, en cas d'urgence, le directeur de la MdE à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant.
- 4) M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- 5) Autorise la Mairie à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de la MdE :
  - En voiture individuelle (par les animateurs de la MdE, par d'autres familles).
  - Par des moyens de transports collectifs (Car, SNCF, tramway,...).
- 6) Atteste que j'ai été informé(e) des modalités d'organisations du ou des mini séjours auxquels mon enfant est inscrit.
- 7) Autorise La Maison de L'Enfance à reproduire des photos de mon(mes) enfant(s) pour toutes les activités gérées, sur tous les supports de communication de la mairie y compris les supports dématérialisés.
- 8) Autorise la MdE à confier mon enfant aux personnes suivantes :  
Nom, Prénom: ..... n° Tél : .....  
Nom, Prénom: ..... n° Tél : .....
- 9) Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Fait à ....., le.....

Lu et approuvé, signature du représentant légal

Maison de l'Enfance  
Ty ar vugale  
MdE  
29830 Plouguin



Tél. : 09.64.05.25.45  
Courriel : [mde.plouguin@orange.fr](mailto:mde.plouguin@orange.fr)

# Fiche sanitaire Maison de l'Enfance MdE

*Une fiche sanitaire par enfant, merci*

## L'enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :            F            M

## Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

## Maladies

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	<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 articulaire 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

## Allergies

Asthme  Oui  Non Médicamenteuse  Oui  Non  
Alimentaire  Oui  Non Autres .....

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

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

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

## Les recommandations utiles des parents

Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

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

## Le responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° de Tél domicile : .... / .... / .... / .... / .....

N° de Portable : .... / .... / .... / .... / .....

N° de Travail (père) : .... / .... / .... / .... / .....

N° de Travail (mère) : .... / .... / .... / .... / .....

## Le médecin traitant

Nom : .....

Ville : ..... Numéro de téléphone : .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la MdE à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :