FICHE D'INSCRIPTION
Service ENFANCE – JEUNESSE
Mairie de Gouesnac'h –2026-2027

V2

Espace jeunesse
www.mairie-gouesnach.bzh

ENFANT	
Nom :	Prénom :
Sexe :	Date de Naissance :
Ville de Naissance : N°de Dép :	Nationalité :
Etablissement scolaire :	Classe :

Famille	
Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié ☐ divorcé ☐ pacsé ☐ séparé ☐ union maritale ☐ veuve/veuf	
Responsable légal 1 : genre :	Responsable légal 2 : genre :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Ville de naissance :	Ville de naissance :
Nationalité :	Nationalité :
☐ **Modification d'adresse** Adresse actuelle :	☐ **Modification d'adresse** Adresse actuelle :
Code Postale : Ville :	Code Postale : Ville :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
N° de téléphone pro :	N° de téléphone pro :
Mail :	Mail :
Je souhaite utiliser mon mail pour : ☐ Informations	La facture sera expédiée par le Trésor Public

Assurance et administration	
N° de sécurité sociale relié à l'enfant :	
Régime : ☐ Général ☐ Agricole ☐ Autre ……	
Compagnie d'assurance RC :	N° de Contrat d'assurance RC:
Information : si votre enfant est couvert par une assurance Responsabilité Civile obligatoire, il est assuré pour les dommages causés à un tiers. Une garantie « individuelle accident » le couvrira des accidents qu'il peut avoir seul. Article L227-5 du Code de l'action sociale et de la famille	
Date d'échéance du Contrat : **Merci de joindre l'attestation**	Garantie corporelle : ☐ Oui ☐ Non
Numéro Allocataire CAF : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Merci de joindre l'attestation de QF au moment de l'inscription ou J'autorise le service enfance à Consulter mon revenu sur caf pro pour la mise à jour annuelle en janvier** : ☐ Oui ☐ Non	**Numéro Allocataire MSA** : **Merci de joindre l'attestation de QF au moment de l'inscription. Ne pas oublier de transmettre l'attestation en janvier de chaque année.**

Personnes autorisées à récupérer mon enfant au service enfance jeunesse			
Nom et prénom	Téléphone et adresse	Lien avec l'enfant (voisin, tante…)	Contact en cas d'urgence
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non
			☐ Oui ☐ Non

Renseignements : Téléphone au 06 76 74 46 05 et par mail sur service-enfance@mairie-gouesnach.bzh

Fiche Sanitaire de liaison – Service enfance jeunesse – Mairie de Gouesnac'h

Fiche Sanitaire	
Vaccins	**Dates de vaccination et rappel - Merci de joindre les copies de vaccinations obligatoirement**
BCG	
Coqueluche	
DTP (diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)	
Hépatite B	
ROR Rougeole Oreillons, Rubéole	
Autre (préciser)	

Médecin traitant	Nom :	Ville :	Téléphone :

Allergies	Oui	Non	Commentaire et conduites à tenir – PAI à fournir
Pollens- Acariens-graminées			
Alimentaire			
Médicaments			
Autres (préciser)			

Régime alimentaire	Oui	Non	Commentaire et conduites à tenir

L'enfant au quotidien	Oui	Non	Afin de mieux accueillir votre enfant
Dossier MDPH			Référence du dossier :
Dossier AEEH			Référence du dossier :
Port de lunettes, appareil ou PAI, ou maladie			Merci de préciser :

Autorisations parentales – Service enfance jeunesse – Mairie de Gouesnac'h

Je (nous) soussigné(s) : _____parents/représentant légaux de _____

-Autorise mon enfant à rentrer seul à l'issue de la journée de l'accueil de loisirs : ☐ Oui ☐ Non

-Autorise mon enfant, dans le cadre des activités de l'ALSH à utiliser les transports en commun: ☐ Oui ☐ Non
-Autorise que mon enfant soit filmé ou photographié à des fins d'utilisation non commerciale dans le cadre des activités de l'A.L.S.H (presse, site internet Alsh ou Mairie, Facebook) ☐ Oui ☐ Non
- **Autorise que mon enfant dans le cadre des activités d'accueil de loisirs à pratiquer le sport** ☐ Oui ☐ Non

Hospitalisation, soins, maladie

-Autorise le personnel du service enfance-jeunesse à prendre toute initiative nécessaire en cas d'accident, ou maladie subite, y compris le transfert éventuel aux urgences (après consultation du 15) ☐ Oui ☐ Non
-Autorise, en cas d'hospitalisation, l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant ☐ Oui ☐ Non
Demande au responsable du service enfance :

-D'administrer en cas de maladie, et sous ma responsabilité de parent, les médicaments prescrits par le médecin en joignant le double de l'ordonnance ☐ Oui ☐ Non
-D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité ☐ Oui ☐ Non
-D'appliquer les gestes de premiers soins en cas de chutes ☐ Oui ☐ Non

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements du document et reconnait avoir pris connaissance du projet éducatif et du règlement intérieur du service enfance et jeunesse disponible sur le site internet de la Mairie de Gouesnac'h

Signature des parents : **Date :** / /

Renseignements : Téléphone au 06 76 74 46 05 et par mail sur service-enfance@mairie-gouesnach.bzh