



# Teuliad Enskrivadur ar Greizenn dudi

## Dossier Inscription au Kreizenn dudi

Un exemplaire par enfant

DATE D'INSCRIPTION

 /  / 

### INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ENFANT

Anv/Nom complet

Skol/Ecole  Klas/Classe

Date de naissance  /  /  Lieu de naissance

### INFORMATIONS PERSONNELLES DES RESPONSABLES LEGAUX

#### DEN 1 / PARENT 1

Anv/Nom complet

Date de naissance  /  /  Lieu de naissance

Chomlec'h/Adresse

Email :  Téléphone

#### DEN 2 / PARENT 2

Anv/Nom complet

Date de naissance  /  /  Lieu de naissance

Chomlec'h/Adresse

Email :  Téléphone

# Titouroù yec'hed

## Renseignements médicaux

### REOL SURANTEZ/ RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Reol sokial/ régime social : .....

Niv/ n° CAF :

Niv surantez sokial/ N° sécurité sociale : .....

### FOLENN YEC'HED/ FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**Brech'hioù/ Vaccinations** : Joindre obligatoirement une copie à jour des pages de vaccination du carnet de santé ou un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. R227-8 CASF.

Vaccins	Obligatoire pour	Ya/ Oui	Date de dernier rappel	Remarques
Antidiphthérique	Tous			
Antitétanique	Tous			
Antipoliomyélitique	Tous			
Coqueluche	Enfant né après le 01/01/2018			
Infections invasives influenzae de type B	Enfant né après le 01/01/2018			
Hépatite B	Enfant né après le 01/01/2018			
Infections invasives à pneumocoque	Enfant né après le 01/01/2018			
Méningocoque de séro groupe C	Enfant né après le 01/01/2018			
Rougeole	Enfant né après le 01/01/2018			
Oreillons	Enfant né après le 01/01/2018			
Rubéole	Enfant né après le 01/01/2018			

**L'enfant doit-il prendre un traitement ?**

Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs emballages d'origine, avec la notice, le nom et le prénom de l'enfant inscrits lisiblement, dans un sachet fermé. Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**L'enfant développe-t-il des symptômes à la suite de réactions allergiques ou à la suite d'intolérances à différents éléments de son environnement (aliments, médicaments, pollens...)?**

  

**Antécédents médicaux, chirurgicaux ou autres éléments susceptibles d'avoir des conséquences sur le déroulement ou les conditions d'accueil :**

  

**Renseignements pouvant aider au diagnostic médical si la santé de l'enfant se dégrade au cours de la journée, en cas d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale d'urgence :**

  

**Régime alimentaire particulier :**

## Autorisations

Je soussigné (e) Monsieur ou Madame ..... représentant légal de ..... donne au responsable de l'accueil de loisirs Diwan bro Roazhon et à ses délégués les autorisations suivantes :

	Ya/ Oui	Ket/ Non
Prendre mon enfant en charge par les services d'urgences (Pompiers, SAMU...)		
Faire hospitaliser mon enfant si son état de santé le nécessite, afin que puisse être pratiqué tout soin urgent ou intervention chirurgicale d'urgence nécessitant une anesthésie		
Emmener mon enfant lors de sorties organisées en dehors des locaux de l'accueil de loisirs		
Utiliser les adresses mails communiquées à des fins d'informations		



## FORMULAIRE DU DROIT À L'IMAGE

Autorisation de reproduction et de représentation  
de photos et de vidéos pour une personne  
mineure



---

Je soussigné Mme, M ..... Né(e) le ...../...../.....  
à .....,  
Responsable légal de .....

Autorise le Kreizenn Dudi Diwan Roazhon à photographier, filmer, reproduire et exploiter les images de mon enfant dans le cadre des activités du centre de loisirs pour l'année 2025/2026.

N'autorise pas le Kreizenn Dudi Diwan Roazhon à photographier, filmer, reproduire et exploiter les images de mon enfant pour l'année 2025/2026.

Je reconnais et confirme que les photos et vidéos de mon enfant peuvent être utilisées dans les médias imprimés, électroniques et sociaux du Kreizenn Dudi.

J'autorise le Kreizenn Dudi à utiliser la photo de mon enfant dans ses publications.

Je n'engagerai contre le Kreizenn Dudi et le photographe aucune réclamation pouvant découler de l'utilisation des photos.

Je comprends et accepte que toutes les photos seront la propriété du Kreizenn Dudi. J'ai lu et compris les conditions énoncées dans ce formulaire de droit à l'image.

---

Signature des parents/tuteur légal

---

Date de la signature



## FORMULAIRE D'AUTORISATION

Autorisation de sortir seul(e) du  
Kreizenn Dudi ou avec une  
personne tierce

---

Je soussigné Mme, M ..... Né(e) le ...../...../.....  
à .....,  
Responsable légal de .....

Autorise mon enfant à quitter le Kreizenn Dudi par ses propres moyens  
et non-accompagné(e) à la fin de la période de garde prévue.

Autorise mon enfant à quitter le Kreizenn Dudi accompagné(e) de Mme,  
M .....

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire 2025-2026 et  
uniquement pour les journées du mercredi au Kreizenn Dudi Roazhon.

---

Signature des parents/tuteur(s)  
légal(aux)

---

Date de la signature