

# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

(RESTAURATION SCOLAIRE, PÉRISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE)

2026/2027

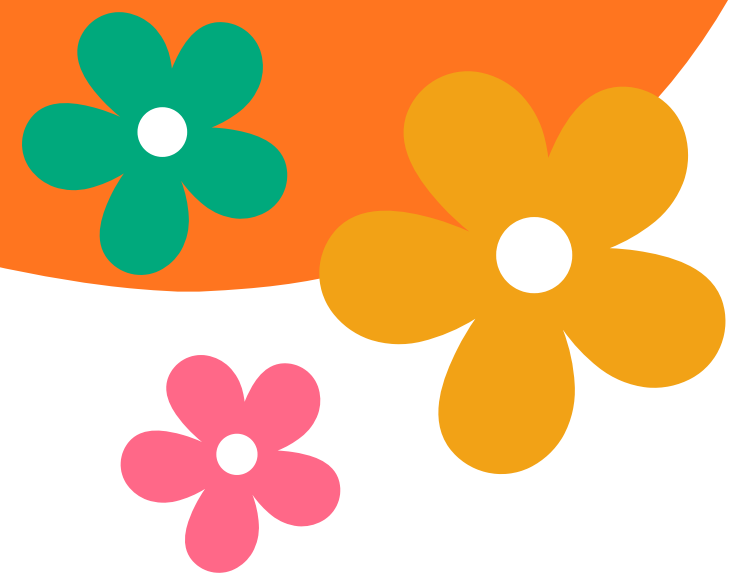


## LE PÉRISCOLAIRE

LUNDI/ MARDI/ JEUDI/ VENDREDI  
7H00-8H20 / 11H15-13H30 / 16H00-19H00

## LES MERCREDIS ET VACANCES

7H00-19H00



## INFORMATIONS RELATIVES AUX ENFANTS

NOM DE L'ENFANT : .....

PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ÂGE DE L'ENFANT : .....

GENRE :  FÉMININ  MASCULIN

REPAS :  AVEC PORC  SANS PORC

ECOLE DE RATTACHEMENT : .....

## PIÈCES OBLIGATOIRES

AVIS D'IMPOSITION 2026 SUR L'ANNÉE 2025

L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE  
ACCIDENTS CORPORELS DE L'ANNÉE EN COURS

PHOTOCOPIE DES VACCINS

ACTE DE DIVORCE OU DE SÉPARATION INDIQUANT  
LES MODALITÉS DE GARDE

# FAMILLE DE L'ENFANT



## RESPONSABLE LÉGAL 1

PÈRE  MÈRE  TUTEUR

AUTRE (PRÉCISEZ): .....

NOM: .....

PRÉNOM: .....

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

ADRESSE: .....

@ EMAIL: .....

TEL FIXE: .....

TEL PORTABLE: .....

TEL PRO: .....

PROFESSION: .....

EMPLOYEUR: .....



## RESPONSABLE LÉGAL 2

PÈRE  MÈRE  TUTEUR

AUTRE (PRÉCISEZ): .....

NOM: .....

PRÉNOM: .....

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

ADRESSE: .....

@ EMAIL: .....

TEL FIXE: .....

TEL PORTABLE: .....

TEL PRO: .....

PROFESSION: .....

EMPLOYEUR: .....

## SITUATION FAMILIALE

CÉLIBATAIRE  CONCUBINAGE  PACSÉ (E)  MARIÉ(E)  SÉPARÉ(E)  DIVORCÉ(E)\*

VEUF (VEUVE) \*JOINDRE UNE COPIE DU JUGEMENT JUSTIFIANT L'AUTORITÉ PARENTALE

## PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT

VOUS AVEZ LA POSSIBILITÉ DE PAYER PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE.  
SI CE MODE DE PAIEMENT VOUS INTÉRESSE, MERCI DE COCHER LA CASE CI-DESSOUS ET JOINDRE UN R.I.B.  
NOUS VOUS JOINDRONS PAR LA SUITE L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT À SIGNER.

J'AUTORISE LE PRÉLÈVEMENT

## INFORMATIONS DIVERSES

RÉGIME GÉNÉRAL:  CAF  MSA AUTRE (PRÉCISEZ): .....

NOM ET PRÉNOM DE L'ALLOCATAIRE: ..... NUMÉRO ALLOCATAIRE CAF: .....

# AUTORISATIONS PARENTALES

- J'AUTORISE MON ENFANT/ADOS À UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT QUI SERONT PROPOSÉS PAR L'ACCUEIL DE LOISIRS.
- J'AUTORISE MON ENFANT/ADOS À PRATIQUER TOUTES ACTIVITÉS ET INITIATIONS SPORTIVES.
- J'AUTORISE LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE ÉDUCATION À PHOTOGRAPHER ET/OU FILMER MON ENFANT POUR LA CRÉATION DE SOUVENIRS ET D'ARCHIVES.
- J'AUTORISE LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE ÉDUCATION À UTILISER CES SUPPORTS POUR SA PROMOTION ET SON INFORMATION (PRESSE, BULLETIN MUNICIPAL, NOUVEAUX MÉDIAS, AFFICHES...).
- J'AUTORISE LA DIRECTRICE, LES POMPIERS AINSI QUE LE PERSONNEL HOSPITALIER À PRENDRE TOUTES MESURES QU'ILS JUGERONT NÉCESSAIRES AU CAS OÙ MON ENFANT AURAIT BESOIN DE SOINS URGENTS (HOSPITALISATION, TRAITEMENT MÉDICAL...)

CHOIX DE L'HOSPITALISATION : .....OU.....

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

- M'ENGAGE À PAYER LA PART DES FRAIS DE SÉJOUR INCOMBANT À LA FAMILLE ET DES FRAIS MÉDICAUX D'HOSPITALISATION ET D'OPÉRATIONS ÉVENTUELLES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE.

- AUTORISE LES PERSONNES SUIVANTES À VENIR CHERCHER MON ENFANT :

NOM : .....

PRÉNOM : .....

LIEN : .....

TÉLÉPHONE : .....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

LIEN : .....

TÉLÉPHONE : .....

NOM : .....

PRÉNOM : .....

LIEN : .....

TÉLÉPHONE : .....

**TOUTE PERSONNE AMENÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT DOIT SE MUNIR DE SA CARTE D'IDENTITÉ**

DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS MATÉRIELLES D'ACCUEIL DE MON ENFANT ET DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET CERTIFIE QUE MON ENFANT EST ACTUELLEMENT APTE À Y SÉJOURNER ET À PRATIQUER LES ACTIVITÉS ET LES SORTIES PROPOSÉES.

LE: ...../...../.....

À: .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM (EN MAJUSCULE): ..... PRÉNOM : .....

SEXE :  FÉMININ  MASCULIN

NÉ(E) LE : ...../...../..... À.....

NIVEAU SCOLAIRE EN 2025/2026 : .....

L'ENFANT EST-IL BÉNÉFICIAIRE D' UN PAI (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) ?  OUI  NON

L'ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIES ?  OUI  NON

SI OUI, PRÉCISEZ :  ASTHME  MÉDICAMENTEUSE  ALIMENTAIRE  AUTRE : .....

SI OUI, PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL)

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

CONNAISSEZ-VOUS LE GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT ?  OUI : .....  NON

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?  RUBÉOLE  VARICELLE  ANGINE

SCARLATINE  COQUELUCHE  OTITE  ROUGEOLE  OREILLONS  RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT DURANT L'ACCUEIL DE LOISIRS ?  OUI  NON

SI OUI, MERCI DE JOINDRE UNE ORDONNANCE ORIGINALE RÉCENTE AVEC LA QUANTITÉ DE MÉDICAMENTS NÉCESSAIRE.  
LES MÉDICAMENTS DOIVENT ÊTRE FOURNIS DANS LEUR BOÎTE D'ORIGINE ÉTIQUETÉE AU NOM DE L'ENFANT ET AVEC  
LA NOTICE. AUCUN MÉDICAMENT NE SERA DONNÉ SANS ORDONNANCE.

L'ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ OU DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ?.....  
.....  
.....

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, LENTILLES, PROTHÈSES AUDITIVES, ETC. ?.....  
.....  
.....

MÉDECIN TRAITANT :

NOM : ..... N° DE TÉLÉPHONE : .....

ADRESSE : .....

JE DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS :  
AUTORISE LES ORGANISATEURS À PRENDRE TOUTES LES MESURES NÉCESSAIRES EN CAS D' URGENCE MÉDICALE,  
ATTESTE QUE MON ENFANT EST À JOUR DE SES VACCINS ET NE PRÉSENTE PAS DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE  
DES ACTIVITÉS PROPOSÉES DANS LE CADRE DE L'ALSH,

LE : ..... / ..... / ..... À : ..... SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL

# INSCRIPTIONS AUX ACTIVITÉS

## RESTAURANT SCOLAIRE-RESERVATION POUR L'ANNÉE SCOLAIRE

FRÉQUENTATION RÉGULIÈRE, COCHER LES JOURS DE PRÉSENCE :

LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI

SI VOTRE ENFANT NE FRÉQUENTE PAS LE RESTAURANT SCOLAIRE DÈS LA RENTRÉE, MERCI D'INDIQUER À PARTIR DE QUELLE DATE IL SERA PRÉSENT : ...../...../.....

FRÉQUENTATION PONCTUELLE (RÉSERVATION À EFFECTUER SUR VOTRE ESPACE FAMILLE).

## ACCUEIL PÉRISCOLAIRE-A TITRE INDICATIF

FRÉQUENTATION RÉGULIÈRE, COCHER LES JOURS DE PRÉSENCE :

MATIN :  LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI HEURE D'ARRIVÉE : .....

SOIR :  LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI HEURE DE DÉPART : .....

FRÉQUENTATION RÉGULIÈRE, COCHER OUI :

LES MERCREDIS :  OUI  NON HEURE D'ARRIVÉE : ...../HEURE DE DÉPART : .....

FRÉQUENTATION PONCTUELLE (RÉSERVATION À EFFECTUER SUR VOTRE ESPACE FAMILLE).

## ACCUEIL DE LOISIRS-A TITRE INDICATIF

LES PETITES VACANCES :  OUI  NON

LES VACANCES D'ÉTÉ :  OUI  NON

LES RÉSERVATIONS SONT À FAIRE POUR CHAQUE PÉRIODE SUR L'ESPACE FAMILLE

# ATTESTATION SUR L'HONNEUR

ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET M'ENGAGE À PRÉVENIR LA DIRECTRICE DE L'ACCUEIL COLLECTIF DE MINEUR DE TOUT CHANGEMENT ÉVENTUEL.

RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR RELATIF AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES EXTRASCOLAIRES ET DE LA RESTAURATION SCOLAIRE AFFICHER À L'ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS ET CONSULTABLE EN LIGNE SUR LE SITE DE LA MAIRIE CONFORME À LA DÉLIBÉRATION DU CONSEIL MUNICIPAL, DÉCLARE ET APPROUVE SON CONTENU ET M'ENGAGE À M'Y CONFORMER.

LE : ..... / ..... / ..... À : ..... SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL

# AUTORISATIONS ADOS

- J'AUTORISE MON ADO À QUITTER SEUL(E) L'ACCUEIL À PARTIR DE 11H30 LE MATIN ET DE 18H00 LE SOIR.
- J'AUTORISE MON ADO À UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORTS QUI SERONT PROPOSÉS PAR L'ACCUEIL DE LOISIRS.
- J'AUTORISE MON ADO À PRATIQUER TOUTES ACTIVITÉS ET INITATIONS SPORTIVES.
- J'AUTORISE LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE ÉDUCATION À PHOTOGRAPHER ET/ OU FILMER MON ADO POUR LA CRÉATION DE SOUVENIRS ET D'ARCHIVES.
- J'AUTORISE LE SERVICE ENFANCE JEUNESSE ÉDUCATION À UTILISER CES SUPPORTS POUR SA PROMOTION ET SON INFORMATION (PRESSE, BULLETIN MUNICIPAL, NOUVEAUX MÉDIAS, AFFICHES...)
- J'AUTORISE MON ADO À COMMUNIQUER VIA WHATSAPP SUR UN GROUPE DÉDIÉ À L'INFORMER (ACTIVITÉS, RÉUNIONS...)
- J'AUTORISE LA DIRECTRICE, LES POMPIERS AINSI QUE LE PERSONNEL HOSPITALIER À PRENDRE TOUTES MESURES QU'ILS JUGERONT NÉCESSAIRES AU CAS OÙ MON ENFANT AURAIT BESOIN DE SOINS URGENTS (HOSPITALISATION, TRAITEMENT MÉDICAL...)

CHOIX DE L'HOSPITALISATION : .....OU.....

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : .....

M'ENGAGE À PAYER LA PART DES FRAIS DE SÉJOUR INCOMBANT À LA FAMILLE ET DES FRAIS MÉDICAUX D'HOSPITALISATION ET D'OPÉRATIONS ÉVENTUELLES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE.

DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS MATÉRIELLES D'ACCUEIL DE MON ADO ET DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET CERTIFIE QUE MON ENFANT EST ACTUELLEMENT APTE À Y SÉJOURNER ET À PRATIQUER LES ACTIVITÉS ET LES SORTIES PROPOSÉES.

LE : ...../...../..... À : .....

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL :