

Fiche d'inscription et de renseignements 2026/2027

Inscription Mairie - périscolaires (matins, midis, soirs)

Inscription Francas (mercredis et vacances)

■ ENFANT

Nom Prénom Garçon Fille
 Date de naissance Etabl. scolaire Classe
 Adresse domicile Code postal Commune

Régime alimentaire de l'enfant

■ RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT (précisez ci-dessous, en sélectionnant Parent 1 et 2) Situation familiale

	Parent 1 :	Parent 2 :
NOM - PRENOM		
Adresse (si différente de l'enfant)		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
N° téléphone professionnel		

Régime allocataire

CAF : n° allocataire (7 chiffres)

MSA : n° allocataire

Fournir l'attestation
de Quotient Familial

Quotient Familial

€

Quotient Familial

€

A défaut



Revenu Fiscal Référence

€

Nb part

Quotient Familial

€

Fournir l'avis d'imposition

■ AUTORISATIONS

Oui Non

J'autorise le responsable des accueils péri et extrascolaires à consulter mon dossier allocataire sur le site Internet de la Caisse d'Allocations Familiales afin de définir le tarif

*Si vous refusez l'accès au service **Consultation des Données Allocataires par les Partenaires**, vous devez impérativement nous fournir votre attestation de quotient familial en cours de l'organisme qui verse les prestations familiales (CAF, MSA...), à défaut votre dernier avis d'imposition. Sans la remise de ces documents, la tarification maximale vous sera attribuée.

J'autorise mon enfant à partir seul.

J'autorise le responsable des accueils péri et extrascolaires à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre de ses activités et à utiliser ces images uniquement pour la communication et la valorisation des activités du centre, sur ses différents supports de communication. Cette utilisation est exclusivement à des fins non commerciales. Cette autorisation est valable pour la durée de l'inscription de mon enfant et peut être retirée à tout moment par demande écrite.

J'autorise le responsable des accueils péri et extrascolaires ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité sera demandée) :

Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté

Merci de remplir le verso

N° de Sécurité Sociale de l'assuré(e)

N° de Sécurité Sociale de l'enfant

Nom de l'assurance *(joindre justificatif)*

N° de police

■ **SANTÉ DE L'ENFANT**

Vaccinations *(joindre les copies des pages de vaccinations du carnet de santé de votre enfant ou des certificats de vaccination)*

Renseignements médicaux de l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

* Si oui, veuillez vous rapprocher de votre médecin traitant afin de faire établir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), si nécessaire.

Votre enfant est-il : **Asthmatique ?** Oui Non **Allergique ?** Oui Non

Si oui, s'agit-il d'une allergie médicamenteuse ? Oui Non **Alimentaire ?** Oui Non

Votre enfant est-il soumis à un régime alimentaire particulier qui nécessite la fourniture du repas par vos soins ? Oui Non

Autres allergies

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

Existe-t-il un P.A.I. à l'école ? Oui Non

Si oui, j'autorise le responsable du centre de loisirs à prendre connaissance du PAI établi avec l'école Oui Non

Indiquez ci-après :

Si votre enfant est en situation de handicap **Oui** **Non** Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ? Oui Non

→ **Si oui, une rencontre avec l'équipe de direction doit être prévue avant chaque accueil.**

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

Recommandations utiles des parents :

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc.

Médecin traitant

Nom	Prénom	Téléphone
Adresse	CP	Commune

Je reconnais avoir pris connaissance du projet pédagogique, du règlement intérieur ainsi que la tarification en cours et autorise que mon enfant participe à toutes les activités, y compris les baignades et les sorties organisées par le centre de loisirs.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

Fait à Date Signature