

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES

RESTAURATION ET ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

2026-2027



Renseignements
Généraux

Restauration
Scolaire

Périscolaire

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) ENFANT(S)

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Future Classe

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL

Responsable 1	Responsable 2
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>
Prénom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>
Date de naissance: <input type="text"/>	Date de naissance: <input type="text"/>
Qualité du responsable: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	Qualité du responsable: <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
Autre préciser: <input type="text"/>	Autre préciser: <input type="text"/>
Situation familiale: <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé	Situation familiale: <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé
<input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Adresse: <input type="text"/>	Adresse: <input type="text"/>
Tél. domicile: <input type="text"/>	Tél. domicile: <input type="text"/>
Tél. portable: <input type="text"/>	Tél. portable: <input type="text"/>
Tél. professionnel: <input type="text"/>	Tél. professionnel: <input type="text"/>
Email (obligatoire): <input type="text"/>	Email (obligatoire): <input type="text"/>
Garde alternée: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Garde alternée: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro d'allocataire CAF: <input type="text"/>	Numéro d'allocataire CAF: <input type="text"/>
Responsable à facturer: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Responsable à facturer: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prélèvement automatique: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre un RIB, un mandat SEPA vous sera ensuite envoyé pour signature).	Prélèvement automatique: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre un RIB, un mandat SEPA vous sera ensuite envoyé pour signature).

Renseignements
Généraux

Restauration
Scolaire

Périscolaire

Souhaitez vous inscrire votre/vos enfant(s) au service de restauration scolaire: ☐ Oui ☐ Non

Observations particulières:

☐ Repas sans porc

☐ Observations:

☐ P.A.I. alimentaire (préciser):

Renseignements Généraux

Restauration Scolaire

Périscolaire

Souhaitez vous inscrire votre/vos enfant(s) au service périscolaire matin et soir: ☐ Oui ☐ Non

Fréquentation prévisionnelle (à titre indicatif):

	<u>Matin</u>	<u>Soir</u>		<u>Matin</u>	<u>Soir</u>
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'(ES)ENFANT (S) À LA PLACE DES PARENTS

Nom et Prénom	Relation (Frère, voisine, etc.)	Appel en cas d'urgence	Si oui, Téléphone (fixe et/ou portable)
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

APPAREILLAGE (S)

☐ Lunettes ☐ Appareil dentaire ☐ Appareil auditif

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

☐ **Partir seul:** Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul ou accompagné d'un autre mineur la structure, une autorisation parentale dûment complétée, datée et signée est obligatoire.

☐ **Droit à l'image:** Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée, à la diffusion de l'image de notre(nos) enfant(s), à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans la structure d'accueil.

☐ **Hospitalisation:** Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, traitement médical,...) rendues nécessaires à l'état de santé de l'enfant.

☐ **P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé):**

Nature du P.A.I.:

☐ **Autres:**

DOCUMENTS À JOINDRE (OBLIGATOIRES)

☐ Attestation d'assurance scolaire (à transmettre en septembre) ☐ Photocopie des vaccinations et hospitalisations

ATTESTATION

Nous certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et nous engageons à le respecter. Nous nous engageons à communiquer au service des affaires scolaires toute modification concernant les informations communiquées sur cette fiche.

Date et signature(s):