

Dossier unique d'inscription

Dossier complet à remettre au service
Enfance/Jeunesse avant le 24/07/2026

Aucune fréquentation possible des services sans ce dossier

(1)-fiche famille (1/famille)

(1a)-personnes autorisées

(2)-fiche enfant (1/enfant)

(2a)-autorisations

(2b)-fiche sanitaire

Nom de la famille :

Ne pas remplir, réservé au service

Date de remise :

Date d'enregistrement :

Dossier complet :

(1)-FICHE FAMILLE (1/famille)

Situation familiale :	
☐ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ vie maritale ☐ célibataire ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e)/séparé(e)	
Si divorcés ou séparés, garde d'enfant :	☐ responsable 1 ; ☐ responsable 2 ; ☐ garde alternée
Nom à afficher sur les factures :	☐ responsable 1 ; ☐ responsable 2 ; ☐ les 2
Représentant légal 1	Représentant légal 2
☐ père ☐ mère ☐ autre :	☐ père ☐ mère ☐ autre :
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Ville/CP :	Ville/CP :
Tel fixe :	Tel fixe :
Tel portable :	Tel portable :
Employeur :	Employeur :
Adresse :	Adresse :
Tel professionnel :	Tel professionnel :



Adresse mail pour l'activation du compte « mon espace famille » et pour l'envoi des factures :

.....

Dans le cas de la garde alternée, chaque parent devra créer son espace famille pour les besoins des différentes inscriptions

Mail papa :

Mail maman :

REMARQUES EVENTUELLES :

La famille produira le jugement dès lors que le couple est séparé ou divorcé (garde, remise de l'enfant, déchéance d'autorité, etc. ...)

(1a)-Personnes autorisées (1/famille)

Je soussigné(e), Mme/Mr

- **Autorise**, par ordre de priorité, les personnes (autre que les parents) nommées ci-dessous à *RECUPERER* mon/mes enfant(s)

Nom-Prénom	Lien de parenté	Ville	Tel portable
1-			
2-			
3-			
4-			

- **Désigne**, par ordre de priorité, les personnes (autres que les parents) nommées ci-dessous à *PREVENIR* en cas d'urgence :

Nom-Prénom	Lien de parenté	Ville	Tel portable
1-			
2-			
3-			
4-			

(2)-FICHE ENFANT (1/enfant)

NOM	
Prénom	
Sexe	F ☐ G ☐
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse	
Ville	
Scolarité 2026-2027	Maternelle ☐ Elémentaire ☐ Collège ☐
Classe	☐ TPS ☐ PS ☐ MS ☐ GS ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ 6è ☐ 5è ☐ 4è
Enseignant(e)	

(2a)-Autorisations (1/enfant)

Je soussigné(e), Mme/Mr

Autorisation de la publication de l'image de mon enfant		
AUTORISE que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités périscolaires ou extrascolaires afin que ces photos ou films soient utilisés dans le cadre de l'information municipale ou d'éventuelles expositions réalisées par ces accueils		
Dans le bulletin de la commune	☐ OUI	☐ NON
En affichage dans les locaux	☐ OUI	☐ NON
Sur les réseaux sociaux	☐ OUI	☐ NON

Autorisation de participer aux activités	
AUTORISE que mon enfant participe à toutes les activités organisées dans le cadre de ces accueils qu'elles soient sportives ou non	
☐ OUI	☐ NON

Autorisation de repartir seul (plus de 6 ans)		
AUTORISE que mon enfant reparte seul le soir aux heures de sortie de :		
*l'accueil périscolaire à 17h20 :	☐ OUI	☐ NON
*l'accueil périscolaire à 18h :	☐ OUI	☐ NON
*l'accueil de loisirs à 17h(juillet) et 17h30 (petits centres)	☐ OUI	☐ NON
*du péricentre à 17h30 (juillet) et 18h (petites vacances et juillet)	☐ OUI	☐ NON

(2b)-Fiche Sanitaire (1/enfant)

Document confidentiel

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM : Prénom : date de naissance :

Sexe : ☐ M ☐ F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRE ☐ OUI ☐ NON

MEDICAMENTEUSES ☐ OUI ☐ NON

AUTRES (animaux, plantes, pollen) ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

VARICELLE	OUI ☐	NON ☐	SCARLATINE	OUI ☐	NON ☐
ROUGEOLE	OUI ☐	NON ☐	OTITE	OUI ☐	NON ☐
COQUELUCHE	OUI ☐	NON ☐	RUBEOLE	OUI ☐	NON ☐
ANGINE	OUI ☐	NON ☐	OREILLONS	OUI ☐	NON ☐
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ			OUI ☐	NON ☐	

Le mineur présente-t-il un problème de santé : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

PAI : ☐ Oui ☐ Non **Si oui, joindre une copie**

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il :		
Des lunettes	☐ Oui	☐ Non
Des lentilles	☐ Oui	☐ Non
Des prothèses auditives	☐ Oui	☐ Non
Des prothèses ou appareil dentaire	☐ Oui	☐ Non

Informations médicales supplémentaires :

Régimes/restrictions alimentaires :

RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : Prénom :
 Adresse :
 Tel Domicile : Tel Portable : Tel travail :

Responsable N°2 : NOM : Prénom :
 Adresse :
 Tel Domicile : Tel Portable : Tel travail :

NOM et Tel du médecin traitant :

Hôpital de :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Mme/Mr.....

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier
- M'engage à prévenir le service enfance/jeunesse de tout changement éventuel (adresse, téléphone, problème de santé, situation familiale, ...)
- Reconnais avoir pris connaissance des différents règlements intérieurs :
 - Accueil périscolaire
 - Cantine
 - Accueil de loisirs extrascolaire et péricentre

Date :

Signature