

Année scolaire 2025 / 2026

Fiche Enfant – inscrit à l'Ecole publique

En cas de Séparation ou de divorce, personne ayant la charge de l'enfant :

☐ Mère

☐ Père

☐ Garde alternée

☐ autre

Nom : **Prénom** :

Né(e) le : / / Sexe : F ☐ M ☐ Classe en 2025/2026 :

Ecole : ☐ Jean Moulin ☐ Achille Grandeau ☐ Jules Ferry

INSCRIPTION (S) à titre indicatif

➤ Accueil Périscolaire : De 7h15 à 8h30 ☐ Oui ☐ Non et/ou De 16h30 à 19h ☐ Oui ☐ Non

➤ Restauration scolaire des écoles publiques : L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ Ne cocher que les jours fixes

Ou Inscription occasionnelle ☐

En cas de modification, nous prévenir

➤ Temps d'Animations Périscolaires (T.A.P) : ☐ Oui ☐ Non

➤ Accueil de loisirs des mercredis ou vacances scolaires : Une fiche de réservation est à remplir impérativement pour chaque période, disponible sur le portail famille, sur le site WEB de la Mairie ou directement à la MEJ. Aucun enfant ne pourra être accueilli sans réservation préalable.

AUTORISATIONS

Personne(s) autorisée(s) à prendre mon enfant en dehors des parents :

Nom :	Prénom :	Téléphone :
Nom :	Prénom :	Téléphone :
Nom :	Prénom :	Téléphone :
Nom :	Prénom :	Téléphone :

Autorisation de rentrer seul : Mon enfant est autorisé à rentrer seul ☐ Oui ☐ Non **Si oui, A la fin :**

☐ Du Temps scolaire

☐ T.A.P.

☐ l'Accueil de Loisirs

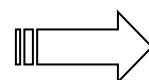
☐ l'Accueil périscolaire

Droit à l'Image : Je consens à autoriser, le service Education Enfance Jeunesse, à l'usage de l'image de mon enfant pour l'information ou la promotion des activités municipales : ☐ Oui ☐ Non

JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

☐ Une attestation d'assurance en responsabilité civile (nous conseillons aux familles de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels les enfants peuvent être exposés lors des activités).

☐ Une attestation de Vaccination à jour si renouvellement (photocopie du carnet de santé)





Renseignements sanitaires

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education Enfant Handicapé) :

☐ Oui ☐ Non Si oui, fournir le justificatif

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

☐ Oui ☐ Non

Si oui, fournir le PAI

ALLERGIES :

☐ MEDICAMENTEUSES

☐ ALIMENTAIRES

☐ AUTRES :

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

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

Indiquez ci-après ses difficultés de santé (maladie, asthme, accident, crise convulsive, hospitalisations, opérations, énurésie nocturne) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....

L'enfant suit-il un traitement médical

☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*en cas de séjour*) – aucun médicament ne pourra être prescrit sans ordonnance.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc ... Précisez :

.....
.....

Régime alimentaire particulier :

INSCRIPTION ET AUTORISATION

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ *Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.*

☐ *Je m'engage à prendre connaissance du règlement intérieur de la MEJ consultable sur le site WEB de la mairie ([cliquer ici](#))*

Date et signature précédées de « lu et approuvé »

Service Education Enfance Jeunesse

Année scolaire 2025 / 2026

La constitution de ce dossier vous permet d'inscrire votre ou vos enfants au service :

- ✓ d'Accueil Périscolaire (matin, TAP, et soir)
- ✓ de Restauration scolaire
- ✓ d'Accueil de Loisirs des mercredis et des vacances

Fiche Famille

(en cas de garde alternée, faire une fiche famille Père et une fiche famille Mère)

Uniquement si Garde alternée : Semaine Paire ☐ Semaine Impaire ☐

***PARENT 1 :** **Souhaite recevoir la facture par internet : oui ☐ non ☐**

Nom : _____ Prénom : _____ CP et Ville : _____
Adresse : _____
Tel domicile : _____ Tel portable : _____ Tel travail : _____

Mail (favori) pour l'envoi des factures ou l'accès au portail famille :
.....

***PARENT 2 :**

Nom : _____ Prénom : _____ CP et Ville : _____
Adresse : _____
Tel domicile : _____ Tel portable : _____ Tel travail : _____

Situation Familiale :

- ☐ Mariés/Pacsés ☐ Séparés/divorcés ☐ Célibataire
☐ Vivant maritalement ☐ Veuf/veuve

Constitution de la famille (tous les enfants à charge) :

Nom et Prénom : _____
Nom et Prénom : _____
Nom et Prénom : _____
Nom et Prénom : _____

Régime de couverture sociale :

Régime Général CAF, n° d'allocataire : _____ Autre régime, précisez : _____
Régime MSA, n° d'allocataire : _____

Soul un justificatif de quotient familial à jour donnera le droit à l'application du tarif

Date de dépôt du dossier :

Cadre réservé à l'Administration

Sans justificatif, le tarif
plein sera appliqué

Montant du QF en cours de validité :

QF Mairie :