

Année scolaire 2026 / 2027

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 2026/2027 :

Ecole : 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 l'espace famille en intégration directe, 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 :**

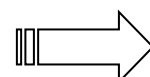
Du Temps scolaire T.A.P. l'Accueil de Loisirs l'Accueil périscolaire

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 »

Année scolaire 2026 / 2027

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

**1 seule fiche
par famille**

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

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

***PARENT 2 :**

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ CP et Ville : _____
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 : _____

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

Cadre réservé à l'Administration

Montant du QF en cours de validité : € **QF Mairie** :

Sans justificatif, le tarif
plein sera appliqué