



# DIRECTION DES AFFAIRES SCOLAIRES ET DE L'ANIMATION

## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES

### ÉLÉMENTAIRE – 2025/2026

Collez ici  
la photo de votre  
enfant  
(OBLIGATOIRE)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_  
École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

#### REPRÉSENTANT LÉGAL 1 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Code postal : |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_  
Adresse email : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### REPRÉSENTANT LÉGAL 2 :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Code postal : |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_  
Adresse email : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### La garde de l'enfant est confiée :

- Aux deux parents
- A la mère (si garde alternée fournir le planning à la D.A.S.A.)
- Au père (si garde alternée fournir le planning à la D.A.S.A.)
- Autres (préciser) \_\_\_\_\_

#### Votre enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ? (allergie, asthme, etc.)

- OUI : Si oui, il est **obligatoire** de refaire le P.A.I. à chaque rentrée scolaire auprès de la D.A.S.A.
- NON

**ATTENTION ! Le P.A.I. périscolaire est différent du P.A.I. scolaire**

Nom de l'assurance extrascolaire : \_\_\_\_\_ N° de contrat / souscripteur : \_\_\_\_\_  
*La fourniture d'une attestation d'assurance n'est pas nécessaire.*

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_



# PRESTATIONS PÉRISCOLAIRES 2025 - 2026

Veuillez cocher la ou les case(s) des activités pour lesquelles vous souhaitez inscrire votre enfant :

**ATTENTION :** Les inscriptions en A.C.M. (mercredis et vacances) font l'objet de démarches spécifiques selon le calendrier ci-joint.

La famille devra effectuer ses réservations (accueil du matin, restauration scolaire et accueil périscolaire du développement individuel et collectif (APÉDIC)) sur le Portail Famille ou auprès de la D.A.S.A. au plus tard **3 jours ouvrés avant la date.**

## ACCUEIL DU MATIN DÈS 7H00 (activité payante)

- Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète. Pas de garderie le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée)

Lundi      Mardi      Jeudi      Vendredi  
                 

- Réservations occasionnelles** (réservations sur le Portail Famille ou auprès de la D.A.S.A. au plus tard **3 jours ouvrés avant la date.**)

## ACCUEIL DU SOIR JUSQU'À 19H00 (activité payante)

- Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète à partir du 1<sup>er</sup> jour de la rentrée)

Lundi      Mardi      Jeudi      Vendredi  
                 

- Réservations occasionnelles** (réservations sur le Portail Famille ou auprès de la D.A.S.A. au plus tard **3 jours ouvrés avant la date.**)

## RESTAURATION SCOLAIRE (activité payante)

- Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète à partir du 1<sup>er</sup> jour de la rentrée)

Lundi                      Mardi                      Jeudi                      Vendredi  
                                                                 

- Réservations occasionnelles** (réservations sur le Portail Famille ou auprès de la D.A.S.A. au plus tard **3 jours ouvrés avant la date.**)

- Je ne souhaite pas d'inscription pour le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée

Merci de préciser le type de repas demandé (un seul choix possible) :

- Repas classique avec viandes (bœuf, porc, poulet...)       Repas sans viande (œuf, poisson...)

## ACCUEIL PÉDAGOGIQUE (APÉDIC) - (activité payante)

Écoles J. MOULIN, BELLONTE et PASTEUR : JUSQU'À 17H45 / Écoles VOLTAIRE et J. VERNE : JUSQU'À 18H00

- Réservations annuelles** (les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète à partir du 1<sup>er</sup> jour de la rentrée)

Lundi                      Mardi                      Jeudi  
                                           

- Réservations occasionnelles** (réservations sur le Portail Famille ou auprès de la D.A.S.A. au plus tard **3 jours ouvrés avant la date.**)

**NE SOUHAITE AUCUNE INSCRIPTION**



# AUTORISATIONS PARENTALES 2025 - 2026

Représentant légal du mineur : \_\_\_\_\_

**Autorise :**

Les personnes **majeures** indiquées ci-dessous :

**Attention aucun enfant mineur ne sera autorisé à venir chercher un enfant aux activités**

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ N° de téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ N° de téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_

À récupérer mon enfant à la sortie du périscolaire :

Garderie du matin et du soir

APÉDIC

**J'autorise** mon enfant à rentrer seul à mon domicile :  Oui  Non

Dorénavant vos démarches administratives (inscriptions, réservations, paiements, consultations...) et informations sont réalisables via le Portail famille <https://portail-meru.ciril.net>

Adresse email : \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant, à participer à toutes les activités proposées sur la commune ou à l'extérieur dans le cadre des accueils périscolaires, et à se rendre sur les lieux d'activités par tous les moyens nécessitant un déplacement.

Oui

Non

J'autorise la prise de photos, de vidéos et d'enregistrements sonores, de mon enfant dans le cadre des activités pédagogiques proposées pendant les accueils périscolaires (activités manuelles, grands jeux, création de CD, projets vidéo, expositions...)

Oui

Non

J'autorise la prise de photos, de vidéos et d'enregistrements sonores de mon enfant, dans le cadre des activités pédagogiques proposées pendant les accueils périscolaires pour la publication et la diffusion gratuites des photos et vidéos dans les journaux locaux, site internet de la ville et réseaux sociaux de la D.A.S.A.

Oui

Non

Toutes ces activités sont encadrées par un règlement de fonctionnement disponible sur les supports municipaux : Affichages, portail, site internet de la ville, etc.

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le respecter :**

DATE :

SIGNATURE :



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

SEXE :  FEMININ  MASCULIN

### 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Date de la 1 <sup>ère</sup> injection	Date du dernier rappel
Diphthérie, Tétanos, poliomyélite, coqueluche, l'Haemophilus influenzae b		
Pneumocoque		
Hépatite B		
Rougeole, Oreillons, Rubéole		
Méningocoque		

S'IL'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATIONS

### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant doit suivre un traitement médical pendant sa présence aux accueils périscolaires, joindre obligatoirement 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 autre médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**A titre indicatif** : L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

**ALLERGIE** : ASTHME :  Oui  Non    MÉDICAMENTEUSE :  Oui  Non

ALIMENTAIRES :  Oui  Non    AUTRES : \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR dans le cadre d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)**

**P.A.I. en cours**

Oui  Non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL ?

DES LENTILLES :  Oui  Non

DES LUNETTES :  Oui  Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES AUDITIVES :  Oui  Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE :  Oui  Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. **AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :  Oui  Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :  Oui  Non

### 5. **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL. FIXE (ET/OU PORTABLE) DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, transport) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_