VILLE DE Méru

*DIRECTION DES AFFAIRES SCOLAIRES ET DE L'ANIMATION*

# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTIONS PÉRISCOLAIRES

## MATERNELLE - 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) _____

Nom de l'assurance extrascolaire : _____ N° de contrat / souscripteur : _____

*La fourniture d'une attestation d'assurance n'est pas nécessaire.*

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**

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 du soir) 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

☐ **Réservations annuelles** *(les jours cochés seront réservés sur l'année scolaire complète. Pas de garderie le 1er 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

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

| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

☐ Je ne souhaite pas d'inscription pour le 1er jour de la rentrée.

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

## 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 DU SOIR JUSQU'À 19H00

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

| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

☐ Je ne souhaite pas d'inscription pour le soir du 1er jour de la rentrée.

☐ **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

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

Adresse email : _____

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 :

# 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) : _____

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

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

Fait à : _____ Le : _____ 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)

| VACCINS OBLIGATOIRES | Date de la 1ère injection | Date du dernier rappel |
|---|---|---|
| Diphtérie, Tétanos, poliomyélite, coqueluche, l'Hæmophilus influenzæ b | | |
| Pneumocoque | | |
| Hépatite B | | |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole | | |
| Méningocoque | | |

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

**2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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.

**(Boites 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE ☐ Oui ☐ Non | VARICELLE ☐ Oui ☐ Non | ANGINE ☐ Oui ☐ Non | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ ☐ Oui ☐ Non | SCARLATINE ☐ Oui ☐ Non |
| COQUELUCHE ☐ Oui ☐ Non | OTITE ☐ Oui ☐ Non | ROUGEOLE ☐ Oui ☐ Non | OREILLONS ☐ Oui ☐ Non | |

**ALLERGIE :** ASTHME : ☐ Oui ☐ Non MEDICAMENTEUSE : ☐ 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 / PRECISEZ (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 :