

## Fiche d'information - Rentrée périscolaire 2026-2027

Le Service Toutes Générations de Pulnoy propose les accueils périscolaires suivants :

- Périscolaire du matin de 7h à 8h30 et du soir de 16h30 à 18h30
- Restauration scolaire de 11h30 à 13h30
- Accueil du midi de 11h30 à 13h30 encadré par des animateurs mais sans possibilité de repas tirés du sac.
- Mercredis récréatifs de 7h à 18h30
- Mission Ados

### Modalités d'inscription

Toutes les inscriptions se font en ligne depuis votre Espace Citoyen :

<https://www.espace-citoyens.net/pulnoy/>

**Si vous avez perdu votre identifiant, si vous n'avez pas reçu le mail d'activation ou si vous rencontrez des difficultés pour vous connecter, merci de contacter le Service Toutes Générations : [cantine.peri@pulnoy.fr](mailto:cantine.peri@pulnoy.fr) ou au 03.83.29.87.90**

Deux étapes sont nécessaires pour accéder aux services.

#### **1<sup>ère</sup> étape : DEPÔT DU DOSSIER D'INSCRIPTION 2026-2027**



**Un dossier d'inscription unique est à remplir en ligne pour chaque enfant** depuis votre espace citoyens via la dalle « Dossier d'inscription ».

Attention : seuls les dossiers complets seront traités.

**Le dépôt en ligne doit être effectué avant le vendredi 17 juillet 2026.**

#### **2<sup>ème</sup> étape : INSCRIPTION ET RESERVATION AUX DIFFERENTS ACCUEILS**

Après validation de votre dossier, vous pourrez effectuer les inscriptions aux différents accueils que votre enfant fréquentera à **partir du 17 août 2026 pour les pulnéens et à partir du 24 août 2026 pour tous via les dalles suivantes :**



**Attention : N'oubliez pas de faire vos réservations sur le calendrier pour chaque activité via la dalle Mes réservations.**  
**C'est également ici que vous pourrez modifier vos réservations en cours d'année.**

## Modalités de réservation et d'annulation par accueil

	Réservation	Annulation
<b>Restauration scolaire</b>	La veille avant 9h	La veille avant 9h
<b>Accueil périscolaire Matin/Soir</b>		
<b>Accueil du Midi</b>		
<b>Mercredis récréatifs</b>	La veille avant 9h	Le mercredi précédent avant 9h
<b>Activités Mission Ados</b>	La veille avant 9h	La veille avant 9h
<b>Vacances Mission Ados</b>	Date communiquée via l'espace citoyen Réservation ouverte environ 3 semaines avant les vacances	Le vendredi avant 9h précédent la semaine de vacances

La grille des tarifs sera disponible dans l'onglet Infos pratiques/Tarifification de votre espace citoyen à partir du 01 juillet 2026.

Les factures seront mises à disposition sur l'espace citoyen via la dalle « Mes factures » à la fin de chaque mois (terme échu).

Les familles qui ne souhaitent pas bénéficier de la transmission électronique pourront demander à recevoir leurs factures sous format papier en envoyant un mail à l'adresse : [cantine.peri@pulnoy.fr](mailto:cantine.peri@pulnoy.fr)

Le Service Toutes Générations reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Enfant(s) scolarisé(s) :

	Nom de l'enfant	Prénom	Date et lieu de naissance	Ecole fréquentée à la rentrée 2025-2026	Classe
1					
2					
3					
4					

Responsables légaux :

Responsable 1	Responsable 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date et lieu de naissance : .....	Date et lieu de naissance : .....
Adresse : ..... .....	Adresse : ..... .....
E-mail : .....	E-mail : .....
E-mail de l'enfant : .....	E-mail de l'enfant : .....
Tél fixe : .....	Tél fixe : .....
Tél portable : .....	Tél portable : .....
Tél portable de l'enfant : .....	Tél portable de l'enfant : .....
Profession : .....	Profession : .....
Nom employeur : .....	Nom employeur : .....
Adresse employeur : ..... .....	Adresse employeur : ..... .....
Tél professionnel : .....	Tél professionnel : .....

**Situation des parents :**  Mariés  Pacsés  Concubins  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire

Si vous êtes séparé ou divorcé, précisez le nom de la personne ayant la garde de l'enfant :

.....

Garde alternée :  OUI  NON (1 dossier à constituer par foyer)

**Allocataire CAF** (régime général)  Régime spécial (MSA)

N° allocataire : .....

**Joindre le dernier justificatif de quotient familial CAF**

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

**Si vous êtes parent isolé, merci de nous fournir votre avis d'imposition 2025 (case T de la page 2 cochée) afin de bénéficier du tarif « parent isolé »**

**Bénéficiaire de L'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé):**  OUI  NON  
(Si oui merci de joindre un justificatif AEEH)

**Je souhaite régler mes factures par prélèvement automatique :**

OUI (joindre un RIB, remplir et signer le mandat de prélèvement ci-joint)

NON

Personnes autorisées à venir chercher l'(les) enfant(s) ou à contacter en l'absence des responsables :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : ..... (N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : ..... (N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : ..... (N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant : .....

Votre enfant fréquente :

Ecole :	Classe :
---------	----------

<input type="checkbox"/> Restauration scolaire	<input type="checkbox"/> Accueil périscolaire matin/soir	<input type="checkbox"/> Accueil du midi(sans repas)
<input type="checkbox"/> Mercredis récréatifs	<input type="checkbox"/> Mission Ados	

**1 - IDENTITE DE L'ENFANT**

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

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

**2 – VACCINATIONS**

Joindre la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

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

**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

**3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence dans le service ? 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 pris sans ordonnance.**

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

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

**ALLERGIES :**      ASTHME      Oui  Non       MÉDICAMENTEUSES      Oui  Non   
                         ALIMENTAIRES      Oui  Non       AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

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

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours      Oui  Non   
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

**Régime alimentaire :**      Repas normal       Repas sans viande       PAI

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE      oui       non       si oui, lequel ?

.....  
.....

VOTRE ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT :      oui       non       occasionnellement

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE :      oui       non

VOTRE ENFANT POSSEDE-T'IL L'ATTESTATION DE NAGE SUR 25 M :      oui       non

VOTRE ENFANT POSSEDE-T'IL L'ATTESTATION DE NAGE SUR 50 M :      oui       non

(Si oui, joindre une copie du justificatif)

VOTRE ENFANT PRESENTE-T'IL UNE CONTRE-INDICATION PARTICULIERE A LA PRATIQUE SPORTIVE OU A UNE DISCIPLINE SPECIFIQUE :      oui       non

(Si oui, fournir un certificat médical)

**BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT :**

Les services périscolaires sont ouverts à tous les enfants.

Afin d'assurer le bien-être et le meilleur accueil de tous, merci de nous signaler si votre enfant présente :

des troubles du comportement       des difficultés relationnelles, émotionnelles ou d'attention

un trouble du neuro-développement (TDAH, TSA, DYS)       un besoin d'accompagnement particulier

aucun besoin particulier

Précisions utiles :

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

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ?  oui  non  demande en cours

Si oui, merci d'indiquer les recommandations établies par la MDPH :

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

**Si votre enfant présente des besoins spécifiques, nous vous remercions de prendre contact avec le Service Toutes Générations par mail à : [cantine.peri@pulnoy.fr](mailto:cantine.peri@pulnoy.fr) avant la rentrée, afin que l'équipe puisse préparer son accueil dans les meilleures conditions.**

#### 4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM.....

Père  Mère  Autre (précisez)  .....

Situation familiale :

Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale

ADRESSE

.....  
.....

TÉL

FIXE : ..... PORT : ..... TRAVAIL : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (*FACULTATIF*).....

#### 5 – PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

NOM ..... PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL

FIXE : ..... PORT : ..... TRAVAIL : .....

LIEN AVEC L'ENFANT.....

## 6 - AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme ou M. .... responsable de l'enfant.....  
(Cochez les cases correspondantes à vos choix)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant après avis médical.

**Je m'engage également à faire parvenir à la mairie toutes modifications ou compléments de santé concernant mon enfant, dans le but que cette fiche sanitaire reflète l'exacte situation de santé de mon enfant.**

- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur le site internet de la Ville et sur l'Espace Citoyens et valable pour l'année scolaire en cours (accueil matin/soir, restauration scolaire, accueil du midi, mercredis récréatifs, Mission Ados) et m'engage à le respecter.
- Autorise mon enfant à se faire photographier ou filmer dans le cadre de l'accueil matin/soir, restauration scolaire, accueil du midi, mercredis récréatifs, Mission Ados) et m'engage à le respecter. Ces films et photos peuvent être diffusés pour présenter les actions menées (presse, site internet de la ville, publications municipales et métropolitaines, réseaux sociaux municipaux et métropolitains, album, expositions).

Pour la Mission Ados :

- Autorise mon enfant à participer aux activités mises en place par la Mission Ados durant l'année scolaire 2026-2027 et durant les vacances scolaires.
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités, depuis le lieu de l'activité.

Date :

Signature :

## 7 - RESPONSABILITE CIVILE

Nous précisons que votre enfant reste sous votre entière responsabilité civile et que c'est donc votre assurance qui couvrira les éventuels frais en cas de préjudice occasionné par lui-même.

En conséquence, vous devez être couvert en responsabilité civile. En cas de litige entre les deux parents, il pourra être demandé un justificatif attestant l'autorité parentale.

### PIECES A FOURNIR :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Attestation de responsabilité civile individuelle | <input type="checkbox"/> Attestation de Quotient familial délivré par la CAF       |
| <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire (1 par enfant)                    | <input type="checkbox"/> RIB (si prélèvement automatique)                          |
| <input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de vaccination               | <input type="checkbox"/> Mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé |
|  | <input type="checkbox"/> Justificatif AEEH   |
|  | <input type="checkbox"/> Avis d'imposition 2025                                    |

**ⓘ Un dossier incomplet ne pourra pas être accepté ⓘ**

**A déposer à l'accueil de la Mairie  
pour le 17/07/2026 dernier délai**