



Dossier d'inscription

périscolaire et extrascolaire 2026/2027

L'inscription ne sera validée qu'à réception de toutes les pièces demandées et après régularisation auprès de la trésorerie de Vienne de toutes les factures antérieures.

☐ 1ère inscription ➡ *dossier à rendre en mairie*

☐ Renouvellement ➡ *à déposer sur votre espace famille
+ mise à jour de vos données personnelles*

Informations ENFANT	
Identité	Photo
Nom / Prénom : Sexe :	Si 1 ^{ère} inscription
Date de naissance : Lieu et département de naissance :	
Echalas – Communes V.C.A* ☐ Hors V.C.A. ☐ *Vienne Condrieu Agglomération	

Informations FAMILLE	
Redevable principal (Seul parent facturé, accès à l'espace famille et destinataire des mails)	Conjoint
Nom / Prénom :	Nom/ Prénom :
Lien de parenté avec l'enfant :	Lien de parenté avec l'enfant :
Profession : Nom de l'employeur et adresse :	Profession : Nom de l'employeur et adresse :
Situation familiale : ☐ Mariés ☐ pacsés ☐ union libre ☐ séparés ☐ divorcés ☐ célibataire	
Date de naissance : Lieu de naissance : N° département :	Date de naissance : Lieu de naissance : N° département :
Adresse :	Adresse :

Email principal (attention : seul à recevoir toutes les informations, factures, accès Espace famille..)	Email :
Fixe/Portable : Téléphone pro :	Fixe/Portable : Téléphone pro :

PIECES ANNEXES à joindre impérativement au dossier

☐ Ce dossier d'inscription (pour année 2026/2027)

☐ Attestation d'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile (pour année 2026/2027)

Nom Assureur : _____ Numéro contrat : _____

☐ Attestation CAF ou MSA de moins de 3 mois

N° dossier CAF : _____ Montant Quotient Familial : _____

A défaut, merci de contacter la mairie, sinon le tarif le plus élevé sera appliqué.

☐ Copie du carnet de santé page vaccination obligatoire (DT polio) ou certificat de contre-indication

☐ R.I.B si choix de prélèvement SEPA ou changement de coordonnées bancaires

FACTURATION

Par prélèvement bancaire OUI ☐

Si nouvelle inscription ou changement de coordonnées bancaires : fournir RIB + accord de prélèvement en pièce jointe

Si R.I.B inchangé = accord de prolongation pour 2026/2027 ☐ oui je suis d'accord

A réception (postale) de la facture ☐

Paiement en ligne par CB, ou chèque, espèces, chez buraliste ou Centre des finances de Vienne (CESU format papier).

Si Garde alternée et demande de facturation séparée par parent, fournir obligatoirement :

☐ **une demande conjointe** signée des 2 parents demandant le partage de la facturation pour un ou plusieurs enfants,

☐ **un planning prévisionnel de garde semaine paire ou impaire**

PERSONNES MAJEURES A CONTACTER en cas d'urgence / autorisées à venir récupérer l'enfant
Les personnes autorisées devront pouvoir justifier de leur identité :

Nom + Prénom	Lien parenté	Téléphone	Urgence	Récupérer
			OUI / NON	OUI / NON
			OUI / NON	OUI / NON
			OUI / NON	OUI / NON
			OUI / NON	OUI / NON

Informations complémentaires	Réponse
Partir seul à partir du CP : J'autorise mon enfant à partir seul de l'établissement	OUI / NON
Photo/Film : J'autorise la diffusion de son image personnelle (voir nouveau règlement intérieur)	OUI / NON

REGIME ALIMENTAIRE A L'ANNEE	
Normal : ☐	Végétarien : ☐

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
☐ Je joins une copie du carnet de santé (<u>vaccins obligatoires</u>)
Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires <u>joindre un certificat médical de contre – indication</u>
L'enfant suit-il un traitement médical ☐ oui ☐ non Si OUI : Précisions concernant le traitement :
Asthme : ☐ oui ☐ non Allergies Alimentaires : ☐ oui ☐ non si oui, précisez : Allergies Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non si oui, précisez : Autres : Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
Votre enfant bénéficie t'il déjà d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ☐ oui ☐ non ☐ Si OUI Transmettre Photocopie du P.A.I (Projet d'accueil Individualisé) établi par votre médecin.
Votre enfant devra t'il bénéficier, pour cette année scolaire, de la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ☐ oui ☐ non Si oui prendre contact avec la directrice du périscolaire periscovacance@mairie-echalas.fr Ou Mairie : 04.72.24.58.76
Nom du médecin traitant : Adresse : Téléphone :

Préciser si votre enfant a des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Hospitalisation en cas d'urgence Réponse obligatoire ? OUI ? NON

Autorisez-vous les sorties en transport dans le cadre de l'accueil de loisirs ? OUI ? NON

Appareillage Réponse

Port Lunettes : votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ? OUI / NON

Appareil dentaire : votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? OUI / NON

Appareil auditif : votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ? OUI / NON

M.D.P.H Réponse

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Si oui : Merci de transmettre la notification OUI / NON

AUTORISATIONS

- ☐ J'ai pris connaissance et accepte le règlement intérieur en vigueur (du 21.05.2025)
- ☐ Je donne mon accord pour la conservation et utilisation des données personnelles
- ☐ J'autorise les responsables des services communaux à accéder à CDAP (CAF PRO) pour consulter les informations me concernant notamment pour détermination de certains tarifs

SCOLARITE

2026/2027

Niveau classe :

Si nouvelle inscription, merci d'indiquer commune + nom école+ classe :

Signatures des responsables légaux

Je soussigné(e), _____, autorise les responsables de l'accueil de loisirs à prendre, en cas d'urgence, les dispositions nécessaires.

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Fait à _____, le ____/____/____

Responsable légal 1

Responsable légal 2