



# FICHE D'INSCRIPTION

## CANTINE GARDERIE 2026-2027

### IDENTITÉ ENFANT

|                                                                      |                     |                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------|--|
| Nom :                                                                |                     | Prénoms :                                                            |  |
| Masculin / Féminin                                                   | Date de Naissance : | Lieu de naissance :                                                  |  |
| CLASSE RENTRÉE DE SEPTEMBRE 2026                                     |                     |                                                                      |  |
| AUZAY : MME LARRIEU<br>MME JACQ                                      |                     | CHAIX : MME NIVET<br>MME MAROLLEAU                                   |  |
| <input type="checkbox"/> TPS/PS/MS<br><input type="checkbox"/> GS/CP |                     | <input type="checkbox"/> CE1/CE2<br><input type="checkbox"/> CM1/CM2 |  |

### ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

|            |                 |
|------------|-----------------|
| Assureur : | Numero police : |
|------------|-----------------|

### RESPONSABLE LEGAL

| Responsable 1 - <b>PAYEUR</b>                                                                                           |  | Responsable 2                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nom :                                                                                                                   |  | Nom :                                                                                                                   |  |
| Prénom :                                                                                                                |  | Prénom :                                                                                                                |  |
| Nom de naissance<br><i>(si allocataire du foyer) :</i>                                                                  |  | Nom de naissance<br><i>(si allocataire du foyer) :</i>                                                                  |  |
| Profession :                                                                                                            |  | Profession :                                                                                                            |  |
| Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs ( <b>Précisez</b> ) |  | Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs ( <b>Précisez</b> ) |  |
| Date de naissance :                                                                                                     |  | Date de naissance :                                                                                                     |  |
| Ville de naissance<br><i>(si pays de naissance = France) :</i>                                                          |  | Ville de naissance<br><i>(si pays de naissance = France) :</i>                                                          |  |
| Pays de naissance :                                                                                                     |  | Pays de naissance :                                                                                                     |  |
| Type : Père / Mère / Autre ( <i>à préciser</i> )                                                                        |  | Type : Père / Mère / Autre ( <i>à préciser</i> )                                                                        |  |
| Adresse :                                                                                                               |  | Adresse :                                                                                                               |  |
| Email : @                                                                                                               |  | Email : @                                                                                                               |  |
| Tél. fixe :      Portable :                                                                                             |  | Tél. fixe :      Portable :                                                                                             |  |
| Tél. Pro. :                                                                                                             |  | Tél. Pro. :                                                                                                             |  |

### PERSONNES A CONTACTER EN L'ABSENCE DES PARENTS

| Contact 1                                      |            | Contact 2                                      |            |
|------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------|------------|
| Nom :                                          |            | Nom :                                          |            |
| Prénom :                                       |            | Prénom :                                       |            |
| Type : ( <i>Précisez le lien</i> )             |            | Type : ( <i>Précisez le lien</i> )             |            |
| Tél. :                                         | Portable : | Tél. :                                         | Portable : |
| Appel en cas d'urgence :      OUI / NON        |            | Appel en cas d'urgence :      OUI / NON        |            |
| Autorisé à récupérer l'enfant :      OUI / NON |            | Autorisé à récupérer l'enfant :      OUI / NON |            |

### INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES

|                                            | ACCUEIL PERISCOLAIRE           |                               | CANTINE                                    | INFORMATIONS                                                                                               |
|--------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUNDI                                      | <input type="checkbox"/> MATIN | <input type="checkbox"/> SOIR | <input type="checkbox"/> Régulièrement     | Indication du quotient familial (QF)<br><b>Attestation à joindre juin 2026</b>                             |
| MARDI                                      | <input type="checkbox"/> MATIN | <input type="checkbox"/> SOIR | <input type="checkbox"/> Régulièrement     | <input type="checkbox"/> QF<1000€ <input type="checkbox"/> 1001€<QF<1200€ <input type="checkbox"/> QF>1200 |
| JEUDI                                      | <input type="checkbox"/> MATIN | <input type="checkbox"/> SOIR | <input type="checkbox"/> Régulièrement     | <b>À noter : les repas non décommandés la veille avant 10h seront dus (sauf cas particuliers)</b>          |
| VENDREDI                                   | <input type="checkbox"/> MATIN | <input type="checkbox"/> SOIR | <input type="checkbox"/> Régulièrement     | <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique (mandat Sepa + RIB)                                       |
| <input type="checkbox"/> Occasionnellement |                                |                               | <input type="checkbox"/> Occasionnellement | Cantine jour de rentrée : <input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non                      |

| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES                                                                                                                                                                                                                                |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Autorisations                                                                                                                                                                                                                                               | Réponse   |
| <b>Partir seul</b> : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).                                               | OUI / NON |
| <b>Prise de photo</b> : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures. | OUI / NON |
| <b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.                                                                                                                                    | OUI / NON |
| <b>Hospitalisation</b> : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant               | OUI / NON |

| Appareillage                                                                           | Réponse   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Lunettes</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?                  | OUI / NON |
| <b>Appareil dentaire</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ? | OUI / NON |
| <b>Appareil auditif</b> : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?   | OUI / NON |

| Handicap                                                                                                               | Réponse   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Handicapé</b> : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | OUI / NON |

| Données complémentaires santé |                |             |               |
|-------------------------------|----------------|-------------|---------------|
| ASTHMATIQUE :                 | GASTROSTOMIE : | VENTOLINE : | SAIGNEMENTS : |
| AUTRES :                      |                |             |               |
| HABITUDES ALIMENTAIRES :      |                |             |               |

**LE DOCUMENT D'INSCRIPTION EST À FOURNIR À LA MAIRIE  
AVANT LE 31 JUILLET 2026  
(ACCUEIL – BOÎTE À LETTRES – MAIL [contact@auchaysurvendee.fr](mailto:contact@auchaysurvendee.fr))**

**Merci de fournir également la photocopie des documents à jour suivants :**

- ATTESTATION CAF (valable au 31/07/2026)
- ATTESTATION ASSURANCE (scolaire/périscolaire)
- RIB  mandat SEPA si prélèvement

#### ATTESTATION

Nous soussignés (\*)

Responsables légaux de l'enfant (\*)

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

| Responsable 1 (*) |  | Responsable 2 |  |
|-------------------|--|---------------|--|
| Fait à :          |  | Fait à :      |  |
| Date :            |  | Date :        |  |
| Signature :       |  | Signature :   |  |

\* A remplir obligatoirement