

ANNEE SCOLAIRE 2026/2027 :

INSCRIPTION AUX SERVICES COMMUNAUX D'ACCUEIL DES ENFANTS SCOLARISES

	Parent 1 Adresse de facturation	Parent 2
Nom et Prénom		
Adresse		
Commune		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Mail		

Nom du représentant légal : _____

Situation familiale : marié (e) - vie maritale – pacsés - divorcé (e) – séparé (e) – célibataire

En cas de séparation des parents, précisez qui prend en charge les factures : _____

Garde alternée : OUI ☐ NON ☐ (si oui, fournir le planning)

Nombre d'enfants à charge (fournir justificatif) : _____

N° CAF (obligatoire même pour travailleurs frontaliers) : _____

Situation professionnelle :

	Parent 1	Parent 2
Situation actuelle : (salarié, indépendant, chômage, disponibilité, etc) à préciser		
Nom de l'employeur		
Adresse employeur		
Téléphone employeur		

Inscrivent leur (s) enfant (s) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Ecole Publique		Ecole Privée		Autres
				Maternelle	Elémentaire	Maternelle	Elémentaire	

Régime particulier : _____

Nom des personnes autorisée à venir chercher les enfants : _____

PRE-INSCRIPTION : l'inscription définitive s'effectue sur le Portail Famille

- 1/ - Au restaurant scolaire
- à l'accueil périscolaire du mercredi
- à l'accueil extrascolaire jusqu'au jeudi

- 2/ - A l'accueil périscolaire jusqu'au dimanche

Les inscriptions sont bloquées pour la semaine suivante, sans possibilité de modification.

VEUILLEZ COMPLETER LA ou LES FICHE (S) SANITAIRE (S) CI-DESSOUS

Personnes à contacter en cas d'urgence par ordre de priorité :

1/ Nom & prénom :	Lien de parenté :
Tél domicile :	Tél travail :
Portable :	Lieu de travail :
2/ Nom & prénom :	Lien de parenté :
Tél domicile :	Tél travail :
Portable :	Lieu de travail :
3/ Nom & prénom :	Lien de parenté :
Tél domicile :	Tél travail :
Portable :	Lieu de travail :

PREMIER ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole : ☐ publique ☐ privée Classe : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Renseignements médicaux :

Allergies :

Médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Tout problème de santé doit faire l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil d'Individualisé). Celui-ci est établi avec votre médecin traitant.

- **Un RV avec les responsables est indispensable pour expliquer la conduite à tenir en cas de trousse de secours avec la prise des médicaments spécifiques**

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Je soussigné _____ certifie que mon enfant _____

- ☐ Est à jour des vaccins obligatoires.
- ☐ Déclare exacts les renseignements médicaux portés ci-dessus
- ☐ Autorise le responsable d'accueil des enfants scolarisés aux Rousses à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature,

! FINALISEZ LE DOSSIER EN SIGNANT PAGE 4

DEUXIEME ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole : ☐ publique ☐ privée Classe : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Renseignements médicaux :

Allergies :

Médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Tout problème de santé doit faire l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil d'Individualisé). Celui-ci est établi avec votre médecin traitant.

- **Un RV avec les responsables est indispensable pour expliquer la conduite à tenir en cas de trousse de secours avec la prise des médicaments spécifiques**

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Je soussigné _____ certifie que mon enfant _____

- Est à jour des vaccins obligatoires.
- Déclare exacts les renseignements médicaux portés ci-dessus
- Autorise le responsable d'accueil des enfants scolarisés aux Rousses à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature,

TROISIEME ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole : ☐ publique ☐ privée Classe : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Renseignements médicaux :

Allergies :

Médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Tout problème de santé doit faire l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil d'Individualisé). Celui-ci est établi avec votre médecin traitant.

- **Un RV avec les responsables est indispensable pour expliquer la conduite à tenir en cas de trousse de secours avec la prise des médicaments spécifiques**

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Je soussigné _____ certifie que mon enfant _____

- Est à jour des vaccins obligatoires.
- Déclare exacts les renseignements médicaux portés ci-dessus
- Autorise le responsable d'accueil des enfants scolarisés aux Rousses à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature,

Observations des parents : _____

- certifie (nt) avoir pris connaissance du règlement ci-annexé et en accepte (nt) les termes
- certifie (nt) l'exactitude des renseignements mentionnés dans la présente fiche d'inscription
- s'engage (nt) à informer le secrétariat de mairie et l'accueil périscolaire et de loisirs de toutes modifications dans la situation familiale, professionnelle ou tout renseignement relatif à l'enfant
- mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cas d'allergie alimentaire ou de problème de santé
- autorise que mon ou mes enfants soient photographiés et filmés dans les cadres des activités et diffusé sur le site de la mairie ☐ OUI ☐ NON
- autorise mon ou mes enfants à participer au (x) pique-nique (s) proposé (s) par la cantine à l'extérieur de l'enceinte de la structure, les sorties en CLSH ou périscolaire en mini-bus ou à pied (à rayer dans le cas contraire)
- autorise (nt) les services du secrétariat de mairie à consulter le site CDAP de la CAF me concernant.

Les Rousses, le _____
Signature (des deux parents),

Pièces jointes pour la cantine et la garderie périscolaire :

- ☐ **Attestation d'assurance extrascolaire**
- ☐ **RIB pour prélèvement bancaire (voir règlement)**

Uniquement pour la périscolaire/accueil de loisirs pour calculer le barème :

- ☐ **copie de l'avis d'imposition DE 2025 SUR LES REVENUS 2024 – calculé sur le revenu fiscal de référence (des deux membres de la famille)**
- ☐ **copie du ou des livret (s) de famille (tous les membres et tous les enfants)**

Seuls les dossiers complets seront acceptés

Merci de vérifier que vous êtes à jour de vos paiements de l'année scolaire précédente pour permettre la validation de cette nouvelle inscription