

Photo identité
OBLIGATOIRE



INSCRIPTION PERISCOLAIRE

Année scolaire 2026 / 2027

☐ ECOUVIEZ ☐ MARVILLE ☐ JUVIGNY-SUR-LOISON

IDENTITÉ de l'enfant

Nom (majuscule) :		Sexe : Masculin ☐
Prénom (majuscule) :		Féminin ☐
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
Ecole fréquentée :	Classe (rentrée 2026) :	

Dossier à rendre pour le Vendredi 26 Juin 2026

Mon enfant mangera à la cantine tous les jours durant toute l'année scolaire ☐

Mon enfant prendra le bus tous les jours durant toute l'année scolaire ☐

IDENTITÉ du ou des responsable (s) légal (aux)

➡ **Monsieur** (père ou tuteur)

Nom & Prénom :

Adresse complète :

☎ portable :

☎ autre (facultatif) :

Email :

☎ employeur :

Nom employeur :

➡ **Madame** (mère ou tutrice)

Nom & Prénom :

Adresse complète :

☎ portable :

☎ autre (facultatif) :

Email :

☎ employeur :

Nom employeur :

Personne à prévenir en cas d'urgence (hormis les responsables précédemment cités)

Personne 1 (nom & prénom) :

TEL :

Personne 2 (nom & prénom) :

TEL :

Renseignements CAF

composé de 7 chiffres

N° Allocataire :

Joindre l'attestation quotient familial si QF < à 714€

Quotient Familial :

La CODECOM peut avec votre accord rechercher via CAFPRO votre quotient familial

☐ autorise ☐ n'autorise pas**Attention si la CODECOM n'est pas en possession du quotient familial, le plein tarif sera appliqué.****DOCUMENTS à joindre pour l'inscription au Périscolaire**Les parents ou tuteurs légaux doivent joindre **OBLIGATOIREMENT** au dossier d'inscription les documents ci-dessous :

- ☐ **Fiche de liaison, complétée et signée (obligatoire)**
- ☐ **Photocopies des vaccinations** (carnet de santé ou attestation du médecin assurant que l'enfant est à jour)
- ☐ **Fiche d'inscription, complétée et signée**
- ☐ **Autorisation du droit à l'image, complétée et signée**
- ☐ **Autorisation de sortie, complétée et signée**
- ☐ **Attestation d'assurance responsabilité civile de l'année scolaire 2026 / 2027**
- ☐ **Attestation CAF ou MSA avec le numéro d'allocataire**
- ☐ **1 photo d'identité (à coller sur la Fiche d'inscription)**
- ☐ **Ordonnance médicale obligatoire et récente** à joindre au dossier d'inscription si votre enfant suit un traitement **ainsi que l'autorisation de délivrance des médicaments.**

ATTESTATION sur l'honneur

Je soussigné (e) :

nom/prénom

Représentant légal de l'enfant :

- ✍ atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la CODECOM du Pays de Montmédy de tout changement éventuel (adresse, situation médicale, situation familiale,...)
- ✍ reconnais avoir pris connaissance du règlement du Périscolaire, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer

Fait à : _____ le : _____

Signature(s) :

Autorisation de sortie

Une autorisation par enfant

☐ autorise mon enfant à quitter seul le périscolaire

(ne pas compléter « personnes autorisées à prendre en charge l'enfant »)

☐ n'autorise pas mon enfant à quitter seul le périscolaire

Compléter OBLIGATOIREMENT la partie « Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant » ci-dessous

☐ mon enfant prend le bus *oui* ☐ *non* ☐

(ne pas compléter « personnes autorisées à prendre en charge l'enfant »)

NOM et Prénom de l'enfant :

Je soussigné (e) **NOM et Prénom** du tuteur légalassume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la CODECOM du Pays de Montmédy en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant

2 personnes adultes maximum (aucun mineur ne peut être une personne habilitée)

NOM et Prénom

TEL :

NOM et Prénom

TEL :

Fait à :

Signature (s) :

le :

Autorisation « Droit à l'Image »

Une autorisation par enfant

Je soussigné(e):

NOM et Prénom du tuteur légal

☐ autorise

☐

n'autorise pas

Pour mon enfant :

NOM et Prénom

la CODECOM du Pays de Montmédy à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquels figure mon enfant qui seraient pris dans le cadre des activités périscolaires.

Ces supports pourront être stockés, diffusés sur tout moyen existant ou qui existeront au sein de la Communauté de communes du pays de Montmédy.

Journal, publication locale, site internet, autres médias

Fait à :

Signature (s) :

le :

FICHE SANITAIRE de LIAISON*Une fiche par enfant*

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LE PERISCOLAIRES, ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DU CARNET DE SANTE DE L'ENFANT.

L'ENFANT		
Nom (<i>majuscule</i>) :	Sexe :	Masculin ☐
Prénom (<i>majuscule</i>) :		Féminin ☐
Date de naissance :	A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ☐ Oui ☐ Non	

VACCINATIONS (<i>se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant</i>)					
Vaccins OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des DERNIERS RAPPELS	Vaccins RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
BCG				Coqueluche	
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DANS LE CARNET DE SANTE **OBLIGATOIRES**

RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT		
L'enfant suit-il un traitement particulier ? ☐ Oui ☐ Non Si Oui lequel ? :		
<i>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 donné à l'enfant sans ordonnance et sans autorisation de la part des parents. Les enfants ne doivent pas transporter de médicaments dans leurs sacs.</i>		
L'enfant a-t-il des allergies reconnues ?	ASTHME ☐ Oui ☐ Non	ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
	MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non	Autres :
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre l'avis du médecin) :		
Votre enfant porte-t-il ?	des lunettes ☐ Oui ☐ Non	des lentilles ☐ Oui ☐ Non
	des prothèses dentaires ☐ Oui ☐ Non	Autres :
Recommandations utiles des responsables légaux :		

RESPONSABLE DE L'ENFANT	
Nom & Prénom (<i>Majuscule</i>) :	
Adresse complète :	
 fixe (<i>obligatoire</i>) :	 portable :
Médecin traitant :  Fixe :	
Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la CODECOM du Pays de Montmédy à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.	
Date :	Fait à : Signature :