



**FICHE D'INSCRIPTION  
PERISCOLAIRE et  
ACCUEIL DE LOISIRS**

**2023 -  
2024**

**Identité de l'enfant :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_ Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Ecole :  Elémentaire  Maternelle – Classe \_\_\_\_\_ Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

**Identité des parents :**

<b>Responsable 1 :</b>	<b>Responsable 2 :</b>
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date et lieu de naissance : _____	Date et lieu de naissance : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Code Postal : _____ Ville : _____	Code Postal : _____ Ville : _____
Adresse mail : _____	Adresse mail : _____
Profession : _____	Profession : _____
N° Sécurité sociale : _____	N° Sécurité sociale : _____
Domicile : _____	Domicile : _____
Portable : _____	Portable : _____
Professionnel : _____	Professionnel : _____
N° allocataire CAF / MSA : _____	N° allocataire CAF / MSA : _____

Situation familiale :  célibataire  mariés  pacsés  union libre  séparé  divorcé  veuf(ve)  
(si l'un des parents n'a plus l'autorité parentale fournir un justificatif)

**Informations périscolaires (cocher les cases correspondantes)**

*Inscription à l'année*

	<b><u>Lundi</u></b>	<b><u>Mardi</u></b>	<b><u>Jeudi</u></b>	<b><u>Vendredi</u></b>
<b>Accueil matin</b>				
<b>Cantine</b>				
<b>Péri soir</b>				

*Inscription mensuelle, se référer au tableau (fin du dossier)*

*Inscription occasionnelle*

*Inscription accueil de loisirs (Toussaint, Hiver, Printemps, Eté 2024)*

→ **Régime alimentaire** :  Normal  Sans porc  Sans viande  Autre régime  
(certificat médical obligatoire)

**Assurance de l'enfant ( à joindre impérativement)**

Responsabilité civile Oui  Non  Individuelle accident Oui  Non

**Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant si le responsable légal reste injoignable**

Nom \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), M ou Mme

père, mère, tuteur, autorise,

- L'animateur(rice) de l'activité périscolaire à prendre toute mesure d'urgence si l'état de notre enfant le justifie
- Pendant les activités, le personnel de la mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs ou d'archives : Oui  Non
- La Mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse, journaux locaux, nouveau média, affiches, bulletin municipal...) : Oui  Non
- Atteste sur l'honneur l'authenticité des renseignements ci-dessus et je m'engage à signaler tout changement significatif de situation (adresse, N° téléphone,...)
- Je m'engage à respecter le règlement intérieur de fonctionnement aux activités périscolaires et aux accueils de loisirs de la commune de Macheren
- J'accepte les modalités de protection des données\*
- Veuillez signaler les observations particulières que vous jugerez utiles (allergies, traitement en cours, précautions particulières...) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

MACHEREN, le \_\_\_\_\_  
(signature)

**PIECES A JOINDRE AU MOMENT DE L'INSCRIPTION**

- Fiche sanitaire de liaison (obligatoire) + copie du carnet de vaccinations
- Attestation d'Assurance de Responsabilité Civile
- Je souhaite bénéficier **d'un tarif modulé** en fonction du quotient familial : je fournis le **justificatif** à télécharger sur l'espace personnel de la CAF

\* Protection des données : les informations recueillies sur ce questionnaire seront conservées par les services de la mairie pendant la durée de l'année scolaire. Le droit d'accès et de rectification prévu à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 modifié relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'exerce auprès du secrétariat de la mairie de MACHEREN qui est seul destinataire de ces informations.



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
<h1>Joindre les copies du carnet de vaccination</h1>					

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

NUMERO SECURITE SOCIALE .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

**PLANNING – PRESENCE EN ACCUEIL PERISCOLAIRE  
MOIS 2023/2024**

**Nom et Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Classe :** \_\_\_\_\_

Date		Matin	Midi	Soir
Jour	N°	7h30-8h15	11h45-13h45	16h15 – 18h
lundi				
mardi				
mercredi				
jeudi				
vendredi				
samedi				
dimanche				
lundi				
mardi				
mercredi				
jeudi				
vendredi				
samedi				
dimanche				
lundi				
mardi				
mercredi				
jeudi				
vendredi				
samedi				
dimanche				
lundi				
mardi				
mercredi				
jeudi				
vendredi				
samedi				
dimanche				
lundi				
mardi				

**Attention : Ce planning est à transmettre à Mylène avant le vendredi 10h la semaine précédente les inscriptions.**