

Nom :  
Prénom :  
Classe :

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE**  
**A remettre uniquement en Mairie**

**ACTIVITES CONCERNEES PAR LE DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION**

- GARDERIE PERISCOLAIRE  RESTAURATION SCOLAIRE

Complétez la suite de cette première page une seule fois dans l'année. Elle sera valable pour toutes les activités indiquées ci-dessus choisies pour vos enfants.

**REPRESENTANT LEGAL 1 ou ASSISTANT FAMILIAL ou TUTEUR LEGAL :**

**NOM :** **Prénom :**  
**N° :** **Rue :**  
**Code postal :** **Commune :**  
**Tél. Domicile :** **Mobile :**  
**Mail :**  
 Profession :  Sans profession  
 Nom et commune de l'employeur :  
 Tél. professionnel :

**REPRESENTANT LEGAL 2 :**

**NOM :** **Prénom :**  
**N° :** **Rue :**  
**Code postal :** **Commune :**  
**Tél. Domicile :** **Mobile :**  
**Mail :**  
 Profession :  Sans profession  
 Nom et commune de l'employeur :  
 Tél. professionnel :

**Régime :**  
 Allocataire CAF (régime général)  Régime spécial (MSA ou autre)  Sans régime

**Nom, prénom de l'allocataire et numéro CAF :**

**Nombre d'enfants à charge :**  
**Situation familiale :** Marié(e)  Couple  Célibataire  Veuf (ve)  Divorcé(e)

ENFANTS DE LA FAMILLE				
Nom	Prénom	Date de naissance	Scolarisé (O/N)	Etablissement

Les représentants légaux attestent avoir pris connaissance des règlements des activités et s'engagent à les respecter.

Formulaire complété le :  
Signature du père :

Signature de la mère :

## INFORMATIONS DESTINEES A L'ENSEMBLE DES USAGERS DEPOSANT UNE DEMANDE D'INSCRIPTION A UN SERVICE MUNICIPAL D'ACCUEIL D'ENFANTS

L'inscription aux services municipaux se fait désormais par le biais d'un dossier unique d'inscription. Cette inscription est valable pour les activités régulières sur l'année scolaire.

### QUELS JUSTIFICATIFS L'USAGER DOIT-IL COMMUNIQUER CHAQUE ANNEE ?

- Attestation d'assurance responsabilité civile.
- Fiche sanitaire de liaison.
- Photocopie du jugement fixant la résidence principale de l'enfant en cas de séparation, ou en l'absence de jugement du tribunal, une attestation sur l'honneur des parents précisant la résidence de l'enfant.
- Récépissés des règlements intérieurs signés.

### QUELS JUSTIFICATIFS L'USAGER DOIT-IL FAIRE PARVENIR EN CAS DE MODIFICATION DE SA SITUATION FAMILIALE OU PROFESSIONNELLE ?

#### De sa situation familiale :

Toutes pièces justificatives d'un changement intervenu dans la situation familiale (naissance, mariage, divorce, droit de garde de l'enfant...).

#### De domicile :

Fournir un justificatif du mois dans lequel le déménagement est intervenu.

## REGLEMENT DES FACTURES

Plusieurs modes de paiement sont possibles : en numéraire ou par chèque en se rendant à la Trésorerie de Pertuis, rue François Gernelle, 84120 Pertuis, par carte bancaire via le site internet

<https://www.tipi.budget.gouv.fr>

Il vous faudra produire l'identifiant de la collectivité ainsi que des références qui figureront sur votre facture (avis de somme à payer de la Trésorerie).

### COMMENT CONTACTER LES SERVICES PERISCOLAIRES MUNICIPAUX ?

Service	Activités	Téléphone	Email
Mairie	Cantine, garderie	04.90.09.63.95.	<b><u>Ecrire aux 2 adresses :</u></b> accueil.mairie@la-bastidonne.fr mairie@la-bastidonne.fr

## ASSURANCE

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Nom et adresse de la compagnie :

A défaut de responsabilité civile, je m'engage, dans le cas où mon(mes) enfant(s) est(sont) scolarisé(s), à produire chaque année l'attestation d'assurance dans le mois qui suit la rentrée scolaire.

Fait à :

le

Signature(s)

## DECHARGE PARENTALE POUR LES ENFANTS DE PLUS DE 6 ANS

**NB : les enfants de moins de 6 ans doivent obligatoirement être récupérés par un adulte**

Je soussigné(e),  
Représentant légal du (des) mineur (s)  
Nom(s) / Prénom(s) du (des) enfant(s) :

- : Autorise mon (mes) enfant(s) à sortir seul après l'école et la garderie.  
 : N'autorise pas mon (mes) enfant(s) à sortir seul après l'école et la garderie → remplir section suivante

## GARDERIE POUR LES MOINS DE 6 ANS ET POUR PLUS DE 6 ANS SANS AUTORISATION DE DECHARGE PARENTALE PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

3 personnes maximum. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable, et ce à l'exclusion de tout mineur. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir la Mairie par téléphone en cas d'imprévu.

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant :  ami  assistante maternelle  grands-parents  autre, précisez : \_\_\_\_\_  
Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez cette personne à :  
Venir chercher les enfants (nom/prénom) : \_\_\_\_\_  
Etre prévenue en cas d'urgence :  OUI  NON

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant :  ami  assistante maternelle  grands-parents  autre, précisez : \_\_\_\_\_  
Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez cette personne à :  
Venir chercher les enfants (nom/prénom) : \_\_\_\_\_  
Etre prévenue en cas d'urgence :  OUI  NON

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant :  ami  assistante maternelle  grands-parents  autre, précisez : \_\_\_\_\_  
Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez cette personne à :  
Venir chercher les enfants (nom/prénom) : \_\_\_\_\_  
Etre prévenue en cas d'urgence :  OUI  NON

## AUTORISATION DE LA PUBLICATION DE L'IMAGE DE VOTRE ENFANT

Je soussigné(e),  
Représentant légal du (des) mineur (s)

: Autorise gracieusement la publication d'images de mon (mes) enfant(s) dans la presse locale et nationale et sur les supports de communication de la Mairie (journal municipal, site Internet de la Ville, films, affiches, expositions.).

: N'autorise pas la publication d'images de mon (mes) enfant(s).

**Fait à :** \_\_\_\_\_ **le** \_\_\_\_\_ **Signature(s)** \_\_\_\_\_

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTE**

<b>informations sur l'enfant</b>	NOM : _____ Prénom : _____
	Date de naissance :    /    /      Lieu : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
	Classe : _____
	Médecin traitant : _____ Téléphone :    /    /    /    /
	Votre enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, lesquelles :	

**ORGANISATIONS PERI-SCOLAIRES**

<b>Garderie périscolaire</b>	Type accueil	J'inscris à la garderie périscolaire :	Quels matins ?	Quels soirs ?
	Régulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
	Occasionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
	<i>Voir détails règlement ci-après</i>			

<b>Restauration scolaire</b>	<b>RESTAURATION SCOLAIRE :</b> <input type="checkbox"/> : OUI <input type="checkbox"/> : NON			
	Type accueil	J'inscris à la cantine de façon :	Quels matins ?	Quels soirs ?
	Régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
	Occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
<i>Voir détails règlement ci-après</i>				

Nom :  
Prénom :  
Classe :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche est à remplir très soigneusement. Elle sera confiée au Responsable du Centre de Loisirs auquel l'enfant participe, et permettra de répondre efficacement et rapidement aux questions médicales en cas de nécessité.

**Enfant :** Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

### Les responsables légaux :

#### PÈRE :

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : .....  
Tél. Travail : .....  
Portable : .....  
Email : .....

#### MÈRE :

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél. Domicile : .....  
Tél. Travail : .....  
Portable : .....  
Email : .....

### Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant présente-t-il des allergies ?

Allergies respiratoires : Oui Non Lesquelles : .....  
Allergies alimentaires : Oui Non Quels aliments : .....  
Autres allergies : Oui Non Précisez : .....

Précisez les symptômes en cas d'allergie importante :

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

**Pour toute allergie, il sera demandé un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et l'ordonnance du médecin traitant pour régulariser l'éventuelle prise de médicaments. Ces documents sont indispensables à l'accueil de l'enfant en collectivité.**

Présente-t-il des contre-indications à la pratique d'activités physiques ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? .....  
.....  
(Joindre un certificat médical en cas de contre-indications).

Présente-t-il un handicap particulier ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? .....  
.....

Autorisation d'administration de Paracétamol en cas de besoin : Oui Non

**Remarques particulières :**

Si besoin, indiquez ci-dessous, les autres difficultés de santé de l'enfant, avec précision. Merci.

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

**Assurance Responsabilité Civile :**

Nom de la Cie d'Assurance : .....

Votre n° de contrat d'assurance : .....

(Joindre la photocopie de l'attestation d'assurance).

**Autres renseignements :**

**Ou** N° Sécurité Sociale du responsable légal : .....

**Ou** N° Mutualité Sociale Agricole : .....

**Ou** N° autre organisme (précisez lequel) : .....

Mutuelle complémentaire : Oui Non Nom : .....

N° Adhérent : .....

Nom du Médecin de famille : Docteur ..... Ville : .....

Tél. : .....

**Personne à contacter en cas d'absence du responsable légal :**

Nom : ..... Prénom : ..... Lien parenté : .....

Adresse : ..... Ville : ..... Tél. : .....

---

Je soussigné(e), M / Mme..... responsable légal de l'enfant .....  
....., déclare exacts les renseignements portés sur  
cette fiche, et autorise le Directeur du Centre de Loisirs, à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements  
médicaux, hospitalisation, anesthésie, opération) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à La Bastidonne, le .....

Signature du responsable légal :