



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

SERVICES PÉRI ET EXTRA SCOLAIRES

Année scolaire 2025/2026

L'ENFANT

Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

LES RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>
NOM : <input type="text"/>	NOM : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tél. Personnel : <input type="text"/>	Tél. Personnel : <input type="text"/>
Tél. Prof. : <input type="text"/>	Tél. Prof. : <input type="text"/>
Courriel : <input type="text"/>	Courriel : <input type="text"/>

INFORMATIONS DIVERSES

Cochez les cases correspondantes à la situation de votre enfant.

<input type="checkbox"/> PAI <i>(Protocole d'Accueil Individualisé)</i>	Précisez : <input type="text"/>
<i>Attention : Si l'enfant a un PAI, la copie du document, l'ordonnance et le traitement doivent être remis au responsable de la structure avant l'accueil de l'enfant.</i>	
<input type="checkbox"/> Régime alimentaire particulier	Précisez : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> AEEH <i>(Allocation d'Education de l'Enfant handicapé)</i>	Période de notification du <input type="text"/> au <input type="text"/>
<i>Fournir l'attestation de la MDPH indiquant la période de notification</i>	
<input type="checkbox"/> CAF	N° Allocataire CAF : <input type="text"/> Nom de l'allocataire : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MSA	N° Allocataire MSA : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Impôts <i>Si vous n'avez pas de quotient familial CAF ou MSA, merci de fournir l'avis d'imposition sur les revenus N-2.</i>	

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOMS PRÉNOMS	N° DE TÉLÉPHONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ATTENTION : TOUTE PERSONNE NON MENTIONNÉE NE POURRA PAS RÉCUPÉRER L'ENFANT. UNE PIÈCE D'IDENTITÉ POURRA ÊTRE DEMANDÉE. SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT QUITTE LES SERVICES EXCEPTIONNELLEMENT AVEC UNE AUTRE PERSONNE, VOUS DEVREZ FOURNIR UNE AUTORISATION PARENTALE, DATÉE ET SIGNÉE.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM du médecin traitant :

Tél. :

VACCINATIONS

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, l'admission d'un mineur en accueil collectif est subordonnée à la présentation d'un document attestant du respect de l'obligation en matière de vaccinations (copie des pages du carnet de santé relatives à la vaccination ou attestation d'un médecin). Si votre enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, une admission provisoire est possible. Vous avez alors 3 mois pour faire les vaccinations. Sans cela, votre enfant ne sera plus accueilli.

VACCINATIONS		
Conformément aux dispositions du code de la santé publique, l'admission d'un mineur en accueil collectif est subordonnée à la présentation d'un document attestant du respect de l'obligation en matière de vaccinations (copie des pages du carnet de santé relatives à la vaccination ou attestation d'un médecin). Si votre enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, une admission provisoire est possible. Vous avez alors 3 mois pour faire les vaccinations. Sans cela, votre enfant ne sera plus accueilli.		
	ENFANTS NÉS AVANT LE 1/01/2018	ENFANT NÉS À PARTIR DU 1/01/2018
Vaccinations obligatoires	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) Coqueluche Hib Hépatite B Pneumocoque Rubéole, Oreillons, Rougeole (ROR) Méningocoque C
Vaccinations recommandées	Hépatite B Rubéole, Oreillons, Rougeole (ROR) Coqueluche Tuberculose (BCG)	Tuberculose (BCG) Rotavirus B Méningocoque B

MALADIES

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES

	Oui	Non		Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Si votre enfant a des allergies, précisez ci-dessous la cause et la conduite à tenir : (fournir PAI)

DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET RENSEIGNEMENTS UTILES

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé en précisant les dates et précautions à prendre (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, ...).

Indiquez également tout renseignement utile : port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires, ...

Je soussigné(e), M. ou Mme responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche, nous nous engageons à contacter les responsables des services péri et extra scolaires pour toutes modifications d'informations administratives mentionnées sur ce dossier unique. Nous avons pris connaissance et acceptons le règlement intérieur des structures enfance organisées par la commune.

Fait à : Le :

Signature des responsables légaux :

DOCUMENTS À FOURNIR :

*Dossier unique complété et signé.

*Assurance responsabilité civile au nom de l'enfant.

*Vaccinations de l'enfant à jour.