



FICHE D'INSCRIPTION

2026-2027



FICHE SANITAIRE	
ENFANT	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
N° de sécurité sociale de rattachement :	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Niveau scolaire 2025-2026 :	

COMPOSITION DE LA FAMILLE

RESPONSABLES LEGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lien : père – mère – autres (précisez)	Lien : père – mère – autres (précisez)
Situation : marié -célibataire – concubin – autres	Situation : marié -célibataire – concubin – autres
Adresse complète :	Adresse complète :
Email :	Email :
Portable :	Portable :
Situation professionnelle : <input type="checkbox"/> En activité : profession _____ <input type="checkbox"/> En formation/recherche emploi <input type="checkbox"/> Sans activité professionnel	Situation professionnelle : <input type="checkbox"/> En activité : profession _____ <input type="checkbox"/> En formation/recherche emploi <input type="checkbox"/> Sans activité professionnel
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

FRERE(S) & SŒUR(S)			
Enfant 1		Enfant 2	
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :	Date de naissance :	Sexe :
Enfant 3		Enfant 4	
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :	Date de naissance :	Sexe :

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin traitant	Téléphone	Spécialiste
		<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autres spécialiste

Allergies

Pratiques alimentaires
<input type="checkbox"/> Aucune contre-indication <input type="checkbox"/> Sans viande (sans porc) <input type="checkbox"/> PAI

VACCINATIONS					
Vaccins obligatoires	Oui	Non	Vaccins recommandés	Oui	Non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT polio			BCG		
Ou Tétracoq			Autres (préciser)		

L'enfant suit un traitement médical sur le long terme (PAI, Asthme, protocole allergie, ...)		
Raison du traitement	Liste des médicaments et posologie	Conduite à tenir ou conseil
<i>Pensez à joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Sans ordonnance aucun médicaments ne pourra être administrés.</i>		

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :					
Rubéole	OUI - NON	Varicelle	OUI - NON	Angine	OUI - NON
Rougeole	OUI - NON	Scarlatine	OUI - NON	Coqueluche	OUI - NON
Oreillons	OUI - NON				

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES		
Autorisations	Réponse	
Partir seul : Nous autorisons notre enfant à quitter seul la structure	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Partir accompagné d'un mineur : Nous autorisons notre enfant à quitter accompagné d'un mineur la structure	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Appareillage	Réponse	
Lunettes : Mon enfant porte des lunettes	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Appareil dentaire : Mon enfant porte un appareil dentaire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Appareil auditif : Mon enfant porte un appareil auditif	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Handicap	Réponse	
Handicapé : Mon enfant est reconnu porteur d'un handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Remarques complémentaires : (propreté, asthme, ...)

PERSONNES A CONTACTER MAJEURES

Contact 1			Contact 2		
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Lien : père – mère – autres (précisez)			Lien : père – mère – autres (précisez)		
Tél. :			Tél. :		
Portable :			Portable :		
Appel en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Appel en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contact 3			Contact 4		
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Type : père – mère – autres (précisez)			Type : père – mère – autres (précisez)		
Tél. :			Tél. :		
Portable :			Portable :		
Appel en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Appel en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

PERSONNES AUTORISES A RECUPERER

	Nom	Prénom	Date de naissance
Personne 1			
Personne 2			
Personne 3			
Personne 4			

Nous soussignés _____
responsables légaux de l'enfant _____

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

RESPONSABLE 1**RESPONSABLE 2**

Fait le _____ à _____

Fait le _____ à _____

Signature

Signature

Document à garder par les familles

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie les documents à jour suivants

- Fiche sanitaire
- Fiche d'inscription annuelle ou mensuelle
- Photocopie des vaccins de l'enfant (carnet de santé)
- Page 11 du règlement intérieur signé
- Copie recto verso de la pièce d'identité de chaque représentant légal
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Copie de votre dernier avis d'imposition sur les revenus
- Photo de l'enfant
- Attestation de droit à l'assurance maladie (à télécharger sur votre compte ameli.fr)
- Si responsables légaux séparés joindre un calendrier de garde
- Une attestation de mon employeur ou une copie de ma dernière fiche de paie par responsable légaux

TOUT DOSSIER NON COMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE.

Coordonnées du pôle jeunesse Doris BILLER

03 89 20 90 48

06 47 09 78 43

periscolaire@saintcroixenplaine.fr

www.saintcroixenplaine.fr

Informations de fonctionnement du périscolaire

Les horaires :

- L'accueil du matin **7h30 – 8h20**, les portes ouvriront à 7h30
- L'accueil méridien **12h – 13h50**, les enfants déjeunant dans la structure Ne pourront pas quitter le périscolaire pendant ce créneau horaire
- L'accueil du soir **16h30 – 18h30**, les enfants pourront être récupérés à partir de 17h temps du goûter)

Une majoration de 20€ sera appliquée pour chaque enfant récupéré après 18h30 suivant règlement intérieur comme stipuler dans le règlement intérieur (CF. J. 2) Facturation page 9)

Mon enfant sera absent le ...

Ou

Mon enfant sera présent le ...

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Je préviens avant ...

Mercredi **avant 18h30** (de la semaine précédente)

Jeudi **avant 18h30** (de la semaine précédente)

Mercredi 18h30 (de la semaine précédente)

Lundi **avant 18h30**

Mardi **avant 18h30**

Les délais de prévenance s'appliquent en toute circonstance. Attention les annulations effectuées pendant les vacances scolaires ne seront pas prises en compte.

Toute absence doit être signalée : maladie, absence ou grève de l'enseignant (e), sortie scolaire ou situation imprévue.

En cas de maladie : l'absence doit être signalée **avant 8h00** et il faudra fournir un certificat médical dans les 48h.

Hors délai de prévenance et sans justificatif l'accueil et le repas sera facturé.

L'inscription et l'annulation (CF règlement intérieur paragraphe D. 2 page 3 et 4) :

- Pour le **périscolaire** (lundi mardi jeudi et vendredi) les modifications des plannings des enfants s'effectuent 48h à l'avance jours ouvrés, sous peine de facturation une fois passé ce délai. En cas de maladie, l'absence devra être signalée avant 8h00 et justifiée par un certificat médical.
- Pour l'**accueil des mercredis** les modifications seront possibles au plus tard une semaine avant.

Document à garder par les familles