

ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

Dossier d'inscription

RESTAURATION SCOLAIRE / ACCUEIL PÉRISCOLAIRE / PASS' TON MERCREDI
ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

Ce document doit être déposé sur le portail famille, dans votre espace documents

En cas de garde alternée, merci de remplir 2 formulaires, un par parent.

NOM DE LA FAMILLE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

HENRI BARBUSSE

LOUIS ARAGON

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À JOINDRE AU DOSSIER :

- Copie du livret de famille (pages parents et enfants)
- Copie de la carte d'identité de l'enfant (si existante)
- Copie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'eau/gaz/électricité, quittance de loyer...)
- Copie de l'attestation de quotient familial CAF/MSA ou « l'avis de situation déclarative 2025 sur les revenus 2024 » valant justificatif des revenus (familles n'ayant pas de numéro CAF/MSA)
- Copie de l'attestation d'assurance 2025/2026 (scolaire et/ou extrascolaire)
- Copie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant
- Attestation(s) employeur(s) (obligatoire pour les enfants inscrits au Pass' ton Mercredi)

Parents séparés :

- Copie du jugement définissant la résidence de l'enfant ou, en l'absence de jugement, l'attestation sur l'honneur (signée par les deux parents, avec pièces d'identité des 2 parents).
- Attestation sur l'honneur pour les parents isolés
- Garde alternée : le calendrier fixant la résidence de l'enfant

Cas particuliers :

- Attestation MDPH (pour les enfants en situation de handicap)
- Dossier PAI (Projet d'accueil individualisé : qui précise les adaptations à apporter à la vie de l'enfant en collectivité)

Encadré réservé à l'administration



Informations Famille

Responsable légal (1)

Père Mère Autre (précisez)

.....

NOM ET PRÉNOM

ADRESSE COMPLÈTE

CP Ville

TÉLÉPHONES

Tél. portable Tél. fixe (Domicile)

SITUATION FAMILIALE

Marié/Pacsé/Vie maritale Divorcé/Séparé
 Monoparentale/veuf(e) (fournir une attestation sur l'honneur)

PROFESSION *

EMPLOYEUR *

* Renseignements obligatoires

Tél. professionnel

ADRESSE MAIL*

Obligatoire

Conjoint(e) si différent du responsable légal (2)

NOM ET PRÉNOM

TÉLÉPHONE

Tél. portable

Responsable légal (2)

Père Mère Autre (précisez)

.....

CP Ville

Tél. portable Tél. fixe (Domicile)

Marié/Pacsé/Vie maritale Divorcé/Séparé
 Monoparentale/veuf(e) (fournir une attestation sur l'honneur)

Tél. professionnel

Conjoint(e) si différent du responsable légal (1)

Tél. portable

Informations facturation et payeur

IDENTIFICATION DU PAYEUR :

Un seul choix possible

- Responsable légal 1
 Responsable légal 2

RÉCEPTION DES FACTURES :

Un seul choix possible

PAR MAIL PAR COURRIER

A consulter sur votre espace personnel, du portail famille.

QUOTIENT FAMILIAL :

Un seul choix possible

CAF :
 MSA :

Personne(s) de confiance

Un maximum de 3 contacts est demandé, en dehors du (des) parent(s) de l'enfant déjà mentionné(s) sur le dossier.

1^{er} contact

NOM/PRÉNOM

LIEN AVEC L'ENFANT

TÉLÉPHONES

Tél. portable

Tél. domicile

- Autorisé à récupérer l'enfant
 À appeler en cas d'urgence

2^{ème} contact

Tél. portable

Tél. domicile

- Autorisé à récupérer l'enfant
 À appeler en cas d'urgence

3^{ème} contact

Tél. portable

Tél. domicile

- Autorisé à récupérer l'enfant
 À appeler en cas d'urgence

Informations Enfant(s)

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
NOM
PRÉNOM
SEXE	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
DATE DE NAISSANCE
ECOLE
CLASSE

Autorisations diverses

AUTORISE MON ENFANT À RENTRER SEUL (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
DROIT À L'IMAGE (2)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
SOINS D'URGENCE (3)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(1) J'autorise la commune à laisser mon enfant rentrer seul.

(2) J'autorise la commune à photographier ou à filmer mon (mes) enfant(s) au cours des activités périscolaires ou extrascolaires, pour utilisation sur les différents supports de communication de la ville (site internet, guide pratique, bulletin municipal...).

(3) J'autorise la commune à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires (diagnostiquées par le médecin) pour la santé de mon (mes) enfant(s).

Inscriptions aux services périscolaires

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir
RESTAURATION SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> Régulier lundi mardi jeudi vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Régulier lundi mardi jeudi vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Régulier lundi mardi jeudi vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	À PARTIR DU : .....	.....	.....
RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER	<input type="checkbox"/> Occasionnel Repas sans porc Repas sans viande PAI avec panier repas* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Occasionnel Repas sans porc Repas sans viande PAI avec panier repas* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Occasionnel Repas sans porc Repas sans viande PAI avec panier repas* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	*si PAI, merci de compléter la rubrique renseignements médicaux		
PASS' TON MERCREDI	<input type="checkbox"/> Régulier journée complète | matin (avec repas / sans repas) | après-midi (avec repas / sans repas) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Régulier journée complète | matin (avec repas / sans repas) | après-midi (avec repas / sans repas) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Régulier journée complète | matin (avec repas / sans repas) | après-midi (avec repas / sans repas) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	À PARTIR DU : .....	.....	.....
	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel

Informations sanitaires et vaccinations

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
MÉDECIN TRAITANT	.....	.....	.....
ADRESSE	.....	.....	.....
TÉL	.....	.....	.....
VACCINS À JOUR*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

*Fournir obligatoirement la copie des pages des vaccins du carnet de santé de l'enfant ou un certificat médical précisant que l'enfant est à jour de ces vaccins.

Renseignements médicaux

	Pas de PAI	PAI alimentaire	PAI non alimentaire	Pas de PAI	PAI alimentaire	PAI non alimentaire	Pas de PAI	PAI alimentaire	PAI non alimentaire
PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALLERGIES ⁽⁶⁾	à préciser			à préciser			à préciser		
MÉDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASTHME	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....
AUTRES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRAITEMENT MÉDICAL ⁽⁷⁾	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....
DIFFICULTÉS ÉVENTUELLES DE SANTÉ ⁽⁸⁾		
RECOMMANDATIONS UTILES ⁽⁹⁾		

(5) si oui, joindre obligatoirement le protocole au présent dossier.

(6) si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

(7) en cas de traitement médical (ponctuel ou régulier), joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

(8) indiquer les difficultés éventuelles de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...) en précisant les dates et précautions à prendre.

(9) informations que vous jugerez utiles à communiquer (port de lunettes, appareil dentaire, diabolos...).

DÉCLARATIONS SUR L'HONNEUR

- Je soussigné(e), certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des différents services périscolaires et en accepter les termes ;
- déclare exact l'ensemble des informations sur ma situation et mes revenus portés dans ce dossier. Je m'engage à signaler tout changement (situation familiale, professionnelle, quotient familial) intervenu en cours d'année, auprès du service accueil de la Mairie.

Fait à le

Signature du responsable légal 1
(précédée de la "mention lu et approuvé")

- Je soussigné(e), certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des différents services périscolaires et en accepter les termes ;
- déclare exact l'ensemble des informations sur ma situation et mes revenus portés dans ce dossier. Je m'engage à signaler tout changement (situation familiale, professionnelle, quotient familial) intervenu en cours d'année, auprès du service accueil de la Mairie.

Fait à le

Signature du responsable légal 2
(précédée de la "mention lu et approuvé")

Toute fausse déclaration est passible de peine d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.