



MAIRIE DE SAINTE FEYRE

FICHE DE RENSEIGNEMENT SCOLAIRE - PERI et EXTRASCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

DOSSIER

Copie école ☐

Copie AL... ☐

Enregistré..... ☐

Cadre réservé

NOM et PRENOMS DE L'ENFANT :

Sexe ☐ féminin ☐ masculin

Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance (commune et département)

Enfant déjà scolarisé en 2024/2025 : OUI ☐ NON ☐

Groupe Scolaire : COMMUNE :

Classe 2025/2026 : ECOLE : ☐ Maternelle ☐ Élémentaire

N° d'assurance responsabilité civile (**obligatoire**) :

Coordonnées de la compagnie :

Composition de la famille : Nombre d'Adultes : Nombre d'enfant :

VACCINATIONS : Votre enfant est-il vacciné ?

☐ OUI, veuillez joindre l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour l'inscription (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical),

☐ NON*, Pourquoi votre enfant n'est-il pas vacciné ?

*Un enfant doit être vacciné (sauf contre-indication médicale) contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) pour pouvoir être inscrit sur les accueils.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases) :

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISMES OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ASTHME OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐

L'enfant a-t-il des allergies, si oui lesquelles (ex: contre-indication médicale, régime alimentaire etc...) :

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé : OUI* ☐ NON ☐ , * Joindre document justificatif

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnalisé de Scolarisation : OUI* ☐ NON ☐ , * Joindre document justificatif

CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE (CAF) : Êtes-vous inscrit OUI ☐ NON ☐

Si OUI, N° d'allocataire * : Montant du QF * :

Mon enfant bénéficie de l'Aeeh (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) * : OUI ☐ NON ☐

*Joindre les pièces justificatives de la CAF (attestation QF et Aeeh)

N° de sécurité sociale :

LES REPRESENTANTS LEGAUX :

PARENT 1 / NOM : PRENOM :

Adresse :

Code Postal Commune :

Courriel :

Profession ou catégorie socio-professionnelle :

Tél. Domicile : Tél. Portable : Tél. Travail :

PARENT 2 / NOM : PRENOM :

Nom d'usage :

Adresse :

Code Postal Commune :

Courriel :

Profession ou catégorie socio-professionnelle : Tél. Domicile :

..... Tél. Portable : Tél. Travail :

SITUATION MATRIMONIALE : ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Célibataire ☐ Autre :

EN CAS DE SEPARATION / GARDE ALTERNEE : OUI* ☐ NON ☐

*Si OUI, transmettre UNE COPIE DU JUGEMENT et UN CALENDRIER DE GARDE.

PAYEUR PAR DEFAUT (En cas de prélèvement ou non) : ☐ PERE ☐ MERE

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS :

Seuls les parents exerçant l'autorité parentale et les personnes dûment mandatées par eux peuvent retirer les enfants au plus tard à la fin de la période normale de fonctionnement des structures.

PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	TEL DOMICILE	TEL. PORTABLE	TEL. TRAVAIL

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS *Je suis mineur, mettre une croix (x)					
NOM	PRENOM	*	TEL DOMICILE	TEL. PORTABLE	TEL. TRAVAIL

ACCUEILS PERI ET EXTRASCOLAIRES : Modalités d'inscriptions, se référer aux pages 3 et 4 du dossier d'inscription

ACCUEIL PERISCOLAIRE (Ne vaut pas une inscription définitive)			ACCUEIL EXTRASCOLAIRE (Ne vaut pas une inscription définitive)		
	OUI	NON		OUI	NON
ACCUEIL du Matin			ACCUEIL DE LOISIRS du Mercredi		
ACCUEIL du Soir			ACCUEIL DE LOISIRS des vacances scolaires		
RESTAURANT SCOLAIRE					

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul des accueils : OUI ☐ NON ☐

DROIT A L'IMAGE POUR LES ACCUEILS PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES :

J'autorise mon enfant

- ☐ À être photographié(e) et/ou filmé(e) lors d'un reportage photos et/ou vidéos effectué lors des ateliers éducatifs.
☐ À utiliser la diffusion de ces photographies et/ou vidéos pour l'ensemble des publications sur notre page **FACEBOOK**.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE : J'autorise l'organisateur à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources et mon nombre d'enfants à charge, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches." OUI ☐ NON ☐

AUTORISATION DE SOIN :

Je soussigné (e)

Père, Mère, Tuteur, responsable légal de l'enfant

AUTORISE le responsable à donner les soins médicaux nécessaires et en cas d'urgence à appeler le médecin ou les pompiers, et **M'ENGAGE** à régler les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
OUI ☐ NON ☐
Joindre un RIB ou un RIP

Le Maire
Date
Signature :

Je soussigné.....
Date.....
Signature précédée de la mention
"Lu et approuvé" rédigée à la main