



**RENTÉE SEPTEMBRE 2026
CANTINE, GARDERIE, ACCUEIL DE LOISIRS**

RENOUVELLEMENT INSCRIPTION RENTÉE 2026-2027

Madame, Monsieur,

Vous trouverez en pièce jointe, le dossier unique d'inscription à la restauration scolaire, garderie, centre aéré pour la prochaine rentrée scolaire 2026-2027.

Comme l'an passé, nous accueillons en priorité les enfants dont les 2 parents travaillent, puis les enfants dont le domicile est le plus éloigné de l'école et en fonction des places disponibles les inscriptions occasionnelles (*comme le prévoit le règlement intérieur en page 8*).

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Fiche d'inscription 2026-2027 à compléter lisiblement (**recto-verso**)
- Fiche sanitaire 2026-2027 (**recto-verso**) + copie des vaccinations
- Copie de la notification de décision de la CDAPH (si vous percevez l'AEEH)
- Justificatif de travail des parents (dernier bulletin, attestation, contrat ...)
- Attestation d'assurance extrascolaire de 2026-2027
- Extrait du jugement séparation/divorce (si changement)
- Protocole PAI (pour tout traitement médical particulier)

Il est indispensable :

- de déposer ce dossier complet en Mairie Annexe, 5 Bd 1ere D.F.L. avant le

VENDREDI 19 JUIN 2026

- d'être à jour de tous les paiements de l'année en cours et des années antérieures

Passé ce délai, votre enfant sera inscrit sur liste d'attente et ne pourra pas être accueilli à la cantine et/ou à l'Accueil de Loisirs à la rentrée.

Le Service Enfance-Jeunesse



SERVICE ENFANCE-JEUNESSE-RESTAURATION SCOLAIRE-ALSH
FICHE D'INSCRIPTION ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Classe à la rentrée 2026-2027 : _____

Bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? Oui Non

Si oui joindre une copie de la notification de décision de la CDAPH

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :

Célibataire Marié Pacsé Divorcé Séparé Union maritale

En cas de divorce ou de séparation : Quel parent a la garde de l'enfant : Mère Père Autre

Décision de justice (fournir le jugement) : garde exclusive garde partagée garde alternée

Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales auquel est rattaché l'enfant :

Régime Général : C.A.F. de _____ Numéro d'Allocataire : _____

Régime Agricole : M.S.A. de _____ Numéro d'Allocataire _____

Autres : Caisse d'Appartenance _____ Numéro d'Allocataire : _____

N° de Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant : __/__/__/__/__/__/__/__/

J'autorise la personne habilitée par la CAF à consulter mon quotient familial sur le site CDAP Oui Non

Régime alimentaire particulier (Projet d'Accueil Individualisé) :

Services choisis et facturés

toute modification doit se faire par ÉCRIT : mail ou courrier

CANTINE (11h30-13h30)	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	
Garderie du Matin (7h30 à 8h30)	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	
Garderie du Soir (16h30 à 17h30)	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	
Garderie du Soir (16h30 à 18h30)	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	
Forfait matin + soir (préciser 1H ou 2H)	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1h00 ou <input type="checkbox"/> 2h00

MERCREDI

Vacances Scolaires (inscription Portail-Famille uniquement) Automne Hiver Printemps Été

Responsable N° 1

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Lieu de Naissance : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

Profession et lieu : _____

Tél : Domicile : __/__/__/__/__/__/__/__/ Portable : __/__/__/__/__/__/__/__/ Travail : __/__/__/__/__/__/__/

Mail : _____

Autorité parentale : Oui Non

T.S.V.P →

Responsable N° 2

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Lieu de Naissance : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

Profession et lieu : _____

Tél : Domicile : __/__/__/__/__/__ / Portable : __/__/__/__/__/__ / Travail : __/__/__/__/__/__ /

Mail : _____

Autorité parentale : Oui Non

Famille d'Accueil

Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Adresse : _____

Portable : __/__/__/__/__/__ / Mail : _____

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR,

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.
- M'engager à respecter le règlement de fonctionnement des activités que mon enfant fréquente.
- M'engager à modifier sur le portail famille tout changement pouvant intervenir.
- L'exactitude des informations figurant sur la présente fiche.

Fait à _____ le _____

Signature du Responsable n°1

Mention « Lu et approuvé »

Signature du Responsable n°2

Mention « Lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE ET AUTORISATION PARENTALE 2026/2027



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le séjour du mineur.

(arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs)

Elle est valable jusqu'au 15 août 2025, sauf indications complémentaires venant de la personne responsable.



Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Garçon Fille
Date de naissance : _____ Âge : _____ Taille : _____ Poids : _____

1- VACCINATIONS Joindre obligatoirement la copie de la page des vaccinations du carnet de santé

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatites B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou DT Polio ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES NOUS NE POURRONS PAS L'ACCUEILLIR
UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION NE SUFFIT PAS**

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Suit-il un traitement médical : oui Non Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur présentation d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A-t-il déjà eu ou a-t-il les allergies et maladies suivantes :

- Allergie Alimentaire : oui Non
- Allergie Médicamenteuse : oui Non
- Autre Allergie (animaux, plantes) : oui Non
- Asthme : oui Non
- Diabète : oui Non
- Epilepsie : oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Régime alimentaire particulier :

La santé de votre enfant impose-t-elle la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : oui Non

Si oui, vous devez impérativement contacter la Directrice ou le Directeur de l'école avant la rentrée afin d'établir un P.A.I. pour que votre enfant soit accueilli.

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux ? : oui Non Si oui, précisez :

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui Non

L'enfant bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ? oui Non

Si **oui** joindre une copie de la notification de décision de la CDAPH

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre fille est-elle réglée ? oui Non

Votre enfant est-il énurétique ? oui Non

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc... :

Votre enfant sait-il nager ? oui Non. Remarque éventuelle : _____

4- RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable 1 : Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

Responsable 2 : Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

Personnes à contacter si vous étiez injoignable (précisez le lien : famille, amis, voisins) :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone domicile : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone domicile : _____

Médecin Traitant : Nom : _____ Téléphone : _____

N° Sécurité Sociale dont dépend l'enfant : _____

Nom de l'Assurance Extrascolaire : _____ N° de Police _____

Je soussigné(e) _____, Responsable Légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités auxquelles il participe : oui Non

- Autorise mon enfant à rentrer avec les personnes suivantes :

M. ou Mme : _____

M. ou Mme : _____

M. ou Mme : _____

Et

Certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication aux activités et l'autorise à y participer.

Autorise la personne responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (crème solaire, crème à l'arnica, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant selon les prescriptions du corps médical consulté.

M'engage à rembourser tous les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.

Autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules ou les différents moyens de transport utilisés.

Autorise l'utilisation des photos prises de mon enfant sur les supports de communication de l'Accueil de Loisirs (dans le cas contraire, nous en faire la demande sur papier libre, joint au dossier d'inscription).

Certifie l'exactitude des renseignements donnés.

Fait à :

Date :

Signature du Responsable Légal :