



FORMULAIRE UNIQUE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE – PERISCOLAIRE

Année scolaire 2025-2026

Dossier réceptionné le :

ENFANT : NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : SEXE : M F
ÉCOLE 2025-2026 : DEROGATION CLASSE ULIS
NIVEAU SCOLAIRE 2025-2026 :

PARENTS

Père Mère Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Portable :

Mél :

Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité

Père Mère Tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Portable :

Mél :

Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité

Situation familiale :

Mariés Divorcés Union Libre Pacsés Célibataire Séparés Veuf(ve)

Facture adressée aux parents

Adhésion à la facture en ligne (facture dématérialisée à consulter sur le portail famille)

En cas de séparation des parents :

Facture adressée à la mère Facture adressée au père

Garde alternée : accord écrit demandé aux deux parents

Semaines paires : Père Mère

Semaines impaires : Père Mère

CAF : N° allocataire : Quotient familial :

Sans communication du quotient CAF, c'est le montant maximum qui s'appliquera.

RESTAURATION SCOLAIRE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non

Type de repas : standard alternatif PAI (**Repas fourni par la famille**)

(sur justification médicale)

Sans PAI, aucun enfant allergique ne pourra être accepté en restauration scolaire.

ENFANT : NOM : PRÉNOM :
ÉCOLE 2025-2026 :
NIVEAU SCOLAIRE 2025-2026 :

ACCUEIL PERISCOLAIRE

MATIN MATERNELLE ET ELEMENTAIRE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

PERISCOLAIRE SOIR MATERNELLE : PS-MS-GS

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel

PERISCOLAIRE SOIR ELEMENTAIRE : CP-CE1-CE2-CM1-CM2

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi Occasionnel
 Mon enfant sort seul à 17h30 Mon enfant sort seul à 18h15 Mon enfant ne sort pas seul

SI FRATRIE A CONDORCET : ECOLE MATERNELLE LE PRIOU ACCUEIL TAMPON

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

11h30 à 11h45 Lundi Mardi Jeudi Vendredi
16h30 à 16h45 Lundi Mardi Jeudi Vendredi

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

(en dehors du ou des responsables déjà mentionnés ci-dessus)

NOM – Prénom

N° de téléphone

Lien avec l'enfant

.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, certifie avoir reçu ce jour le règlement de la vie scolaire et en accepter les termes.

Date : Signature des parents :

Attention : tout changement de situation (familiale, adresse, quotient CAF) doit être signalé au service éducation.

RÉSERVÉ AU SERVICE

- Fiche sanitaire Carnet de Santé Avis d'imposition (N-1 sur revenus N-2)
- Document attestant de l'autorité parentale et de la résidence de l'enfant (jugement pour les familles séparées)
- PAI Quotient CAF
- Livret de famille (page des parents)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

ENFANT : NOM :	PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :	SEXE : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ÉCOLE 2025-2026 :	NIVEAU SCOLAIRE 2025-2026 :

VACCINATION MERCI DE METTRE LA DATE DU DERNIER RAPPEL			
VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DU DERNIER RAPPEL
DT Polio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)			

Si l'enfant n'est pas vacciné, fournir un certificat de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ENFANT		
(allergies médicamenteuses, asthme...)		
Problème dû à :	Manifestations :	Conduite à tenir :
.....
.....
.....
.....

ALLERGIES ALIMENTAIRES		
Allergie à :	Manifestations :	Aliments à proscrire :
.....
.....
.....
.....

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité des parents de nous signaler tout problème médical touchant leur enfant.

Pour un enfant souffrant d'allergie(s) alimentaire(s), son inscription ne sera effective qu'à partir du moment où un certificat médical nous aura été fourni.

Dans le cas où l'allergie amènerait à exclure un aliment, nous vous demanderons de prendre contact avec le service, afin qu'un projet d'accueil individualisé (PAI) soit éventuellement envisagé.

NOM – PRÉNOM – N° TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT
.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le temps de restauration et d'accueil de votre enfant.

RÉSERVÉ AU SERVICE	
Mise en place d'un PAI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Certificat médical
RDV avec le responsable le : à	<input type="checkbox"/> Autorisation parentale d'administrer un médicament