



**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)

**FACTURATION (OBLIGATOIRE)**

Situation particulière : mon enfant est en garde alternée et nous souhaitons une facturation alternée : merci de remplir le formulaire spécifique aux gardes alternées.

**Recevoir mes factures :**  En ligne  Par courrier

**En cas de séparation des parents :**  Facture adressée à la mère

Facture adressée au père

**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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Mise en place d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non

Certificat médical

*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.*