



GARDE ALTERNÉE *
FORMULAIRE D'INSCRIPTION
RESTAURATION SCOLAIRE – PERISCOLAIRE

Dossier réceptionné le :

* Les gardes alternées peuvent être programmées uniquement du lundi au vendredi soir inclus pour chaque parent

* Accord écrit demandé aux deux parents

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

PARENTS	
<p>Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Portable :</p> <p> Mél :</p> <p><input type="checkbox"/> Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité</p> <p>CAF : N° allocataire :</p> <p>Quotient familial :</p> <p>Recevoir mes factures : <input type="checkbox"/> En ligne <input type="checkbox"/> Par courrier</p> <p><input type="checkbox"/> Semaines paires <input type="checkbox"/> Semaines impaires</p>	<p>Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Portable :</p> <p> Mél :</p> <p><input type="checkbox"/> Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité</p> <p>CAF : N° allocataire :</p> <p>Quotient familial :</p> <p>Recevoir mes factures : <input type="checkbox"/> En ligne <input type="checkbox"/> Par courrier</p> <p><input type="checkbox"/> Semaines paires <input type="checkbox"/> Semaines impaires</p>

RESTAURATION SCOLAIRE	
<p><input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi</p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnel</p> <p>Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant le lundi 1^{er} septembre 2025 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Type de repas : standard <input type="checkbox"/> alternatif <input type="checkbox"/></p> <p>PAI (Repas fourni par la famille) <input type="checkbox"/> (sur justification médicale)</p>	<p><input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi</p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnel</p> <p>Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant le lundi 1^{er} septembre 2025 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Type de repas : standard <input type="checkbox"/> alternatif <input type="checkbox"/></p> <p>PAI (Repas fourni par la famille) <input type="checkbox"/> (sur justification médicale)</p>

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)

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non

PERISCOLAIRE SOIR MATERNELLE : PS-MS-GS

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non

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

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le lundi 1^{er} septembre 2025 ? Oui Non

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

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) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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.