



SIVU Bédrier Faycelles Boussac

DOSSIER D'INSCRIPTION 2025/2026

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

ACCUEIL DU MATIN, DU SOIR, TAP, PAUSE MÉRIDIDIENNE ET RESTAURATION

LISTES DES DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER :

→ Documents obligatoires :

Inscription :

- Fiche d'inscription avec tous les renseignements nécessaires, datée, complétée et signée ;
- Fiche « Informations complémentaires », datée, complétée et signée ;
- Notification CAF du Lot datée de moins de trois mois précisant le quotient familial (1 par parent si séparation)
- Fiche « Famille séparées » le cas échéant, datée, complétée et signée ;
- Attestation d'assurance responsabilité civile et extra-scolaire couvrant l'année scolaire 2025/2026 ;

Sanitaire :

- Fiche sanitaire de liaison datée, complétée et signée ;
- Photocopie Carnet de vaccinations à jour ;
- Photocopie du Protocole d'Accueil Individualisé (pour les enfants concernés) ;
 - ⇒ Les familles dont l'enfant a un problème de santé particulier (allergie ou pathologie) sont invitées à retirer le document auprès de la directrice de l'école. Ce document est un protocole d'intervention en cas d'urgence à faire compléter par un spécialiste (pour l'allergie alimentaire) ou par le médecin traitant (pour les autres pathologies). Il permet à l'équipe de pouvoir réagir en cas de besoin, c'est pourquoi il est **indispensable à l'accueil de votre enfant**. Merci de fournir une trousse médicale accompagnée de l'ordonnance lors de la rentrée.

Préparation de la rentrée :

- Fiche « Prévision famille », datée, complétée ;
- Le document concernant la prévision de la restauration pour la semaine de la rentrée.



FICHE D'INSCRIPTION

2025/2026

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

Nouveaux contacts

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON
Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON
Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

*** A remplir obligatoirement**

Informations complémentaires

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

Bénéficiez-vous de l'AEEH ?

oui

non

Envoi de la facturation

Sauf mention contraire de votre part, votre facture sera adressée par voie électronique, à l'adresse e-mail mentionnée sur la fiche inscription.

Je ne souhaite pas recevoir ma facture par e-mail

Autorisation de sortie (pour les enfants en CE et CM)

J'autorise mon (mes) enfant(s)

- À rentrer seul et quitter l'accueil périscolaire (**Merci de préciser l'heure de sortie. Les horaires des fins des cours sont basés sur ceux de l'année scolaire 2024/2025**):
 - Lundi, à (fin des cours 16h30)
 - Mardi, à (fin des cours 15h30)
 - Mercredi, à (fin des cours 12h00)
 - Jeudi, à (fin des cours 16h30)
 - Vendredi, à (fin des cours 15h30)

Pour toute modification, merci de contacter la direction de l'accueil de loisirs. Pour les modifications exceptionnelles, merci d'avertir les agents par le biais du cahier de liaison.

Personnes habilitées à récupérer l'enfant

J'autorise les personnes majeures suivantes à récupérer mon enfant en cas d'urgence sur les temps d'accueil et à l'issue des activités de loisirs :

- Nom, prénom :
 - Qualité :
 - N° de téléphone : __ / __ / __ / __ / __
- Nom, prénom :
 - Qualité :
 - N° de téléphone : __ / __ / __ / __ / __
- Nom, prénom :
 - Qualité :
 - N° de téléphone : __ / __ / __ / __ / __
- Nom, prénom :
 - Qualité :
 - N° de téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Fait à

Signature

Le

Fiche parents séparés

NOM et prénom de(s) enfant(s) :

.....

.....

PARENT 1

NOM et prénom :
.....

Numéro de téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Adresse :
.....
.....
.....

Autorité parentale : Oui Non
Responsable du paiement : Oui Non

PARENT 2

NOM et prénom :
.....

Numéro de téléphone : __ / __ / __ / __ / __

Adresse :
.....
.....
.....

Autorité parentale : Oui Non
Responsable du paiement : Oui Non

Informations complémentaires

Situation familiale – type de garde : Garde alternée
 Garde exclusive (Responsable 1 / Responsable 2)
 Autre (à préciser) :

Lieu de résidence principale de l'enfant : Responsable 1
 Responsable 2
 Alternée – Préciser le planning :

Y a-t-il des restrictions légales concernant un des parents ? Oui Non

Si oui, fournir une copie du jugement et préciser :

Nous certifions l'exactitude des informations fournies.

Signature du parent 1 :
Fait à, le

Signature du parent 1 :
Fait à, le

FICHE SANITAIRE

L'enfant

NOM :

Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Sexe :

Médecin traitant et numéro de téléphone :

Numéro de carte vitale :

Régime alimentaire : Pas de régime alimentaire particulier Repas sans viande

Panier repas (dans le cadre d'un PAI) Repas sans porc

Autorisation médicale

Je soussigné(e)
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Uniquement en cas de problème majeur et en cas d'injoignabilité des responsables légaux et de la personne à contacter.

Vaccinations

Se référer au carnet de santé et **joindre une copie**.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne représente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement ? oui non

Est-ce que votre enfant a un PAI ? oui non

Si oui, **joindre le PAI + une ordonnance récente et les médicaments correspondants** (boîtes de médicaments dans leur emballage marquées au nom de l'enfant avec la notice / si plusieurs médicaments, préparer une trousse à pharmacie au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

Précisez **la cause de l'allergie et la conduite à tenir** :

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

Indiquez ci-après : **Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.**

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

Les personnes à contacter en cas d'urgence

PERSONNE 1 :

NOM : Prénom :
N° de sécurité sociale :
Compléments d'adresse :
Ville : Code Postal :
Téléphones d'urgence :

PERSONNE 2 :

NOM : Prénom :
N° de sécurité sociale :
Compléments d'adresse :
Ville : Code Postal :
Téléphones d'urgence :

Date

Signature