SIVU Béduer Faycelles Boussac

Nom	
Prénom	
Classe	
Date rendu	

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026/2027

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

ACCUEIL DU MATIN, DU SOIR, TAP, PAUSE MÉRIDIENNE 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* ;
- ❒ Fiche **« Famille séparées »** le cas échéant, *datée, complétée et signée* ;

Document à transmettre pour la rentrée 2026-2027:

- Si vous n'avez pas accepté la télétransmission avec la CAF via le portail famille, il vous sera demandé, à la rentrée, de **fournir votre attestation de quotient familial**.
- Attestation **d'assurance responsabilité civile et extra-scolaire** couvrant l'année scolaire 2026-2027.

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.



FICHE D'INSCRIPTION

2026-2027

ENFANT	
Identité	**Photo (*)**
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	* A fournir si manquant.
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	**Responsable 2**
Nom :	**Nom :**
Prénom :	**Prénom :**
Profession :	**Profession :**
Catégorie socio-professionelle :	**Catégorie socio-professionelle :**
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 dâtée 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

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

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

Fait à ……, Signature

Présence sur les temps d'accueil

Ces informations nous permettront d'effectuer une estimation.

Elles ne valent pas inscription aux différents temps d'accueil. L'inscription devra être réalisée via le portail famille de BL ENFANCE.

Mon enfant prendra le bus :

Oui, depuis FAYCELLES ❒ Oui, depuis BOUSSAC ❒ non ❒

Mon enfant déjeunera à la cantine :

Oui, tous les jours ❒ Oui, ponctuellement ❒ non ❒

Mon enfant sera présent à l'accueil du matin :

Oui, tous les jours ❒ Oui, ponctuellement ❒ non ❒

Mon enfant sera présent à l'accueil du soir :

Oui, tous les jours ❒ Oui, ponctuellement ❒ non ❒

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

J'autorise mon (mes) enfant(s) …… rentrer seul et quitter l'accueil périscolaire le soir à …… (précisez l'heure).

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.

Fait à ……, Signature

Fiche parents séparés

NOM et prénom de(s) enfant(s) : ……

……

……

PARENT 1	PARENT 2
NOM et prénom : ……	NOM et prénom : ……
Numéro de téléphone : __ / __ / __ / __ / __	Numéro de téléphone : __ / __ / __ / __ / __
Adresse : …… …… ……	Adresse : …… …… ……
Autorité parentale : □ Oui □ Non Responsable du paiement : □ Oui □ Non	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 marqué 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 ☐ non ☐	VARICELLE oui ☐ non ☐	ANGINE oui ☐ non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ oui ☐ non ☐	SCARLATINE oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	OTITE oui ☐ non ☐	ROUGEOLE oui ☐ non ☐	OREILLONS oui ☐ non ☐	

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