



FICHE ENFANT 2026 – 2027

INSCRIPTION SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE - ECOLES MATERNELLE ET ELEMENTAIRE

ENFANT	
IDENTITÉ	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
N° CAF :	Nom de l'allocataire :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE	
Assureur :	
Numéro de contrat :	

RESPONSABLE LÉGAL	
Responsable 1 : Père / Mère / Tuteur (<i>Entourez</i>)	Responsable 2 : Père / Mère / Tuteur (<i>Entourez</i>)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de Naissance :	Date de Naissance :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin – Union libre / Pacs	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin – Union libre / Pacs
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
N° catégorie Socio-professionnelle (doc. ci-joint) :	N° catégorie Socio-professionnelle (doc. ci-joint) :
Profession :	Profession :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Employeur et adresse lieu de travail :	Employeur et adresse lieu de travail :

PERSONNES À CONTACTER**Autres que les parents**

Contact		Contact	
Nom Prénom :		Nom Prénom :	
Lien : Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Entourez)		Lien : Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Entourez)	
Téléphone fixe :		Téléphone fixe :	
Téléphone portable :		Téléphone 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 Prénom :		Nom Prénom :	
Lien : Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Entourez)		Lien : Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Entourez)	
Téléphone fixe :		Téléphone fixe :	
Téléphone portable :		Téléphone 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 Prénom :		Nom Prénom :	
Lien : Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Entourez)		Lien : Frère-sœur / Grands-parents / Oncle-tante / Voisins / Amis de la famille... (Entourez)	
Téléphone fixe :		Téléphone fixe :	
Téléphone portable :		Téléphone 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 COMPLÉMENTAIRES ET MÉDICALES

AUTORISATIONS	Réponse
Partir seul : Nous autorisons notre enfant à partir seul	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de votre 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

REGIME ALIMENTAIRE	Réponse :
Régime alimentaire : sans porc	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
Handicap : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapés (MDPH) ?	OUI / NON

P.A.I.	Réponse
P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : Votre enfant a-t-il un P.A.I. en cours ? (A transmettre obligatoirement avec le traitement médical en double école - mairie)	OUI / NON

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES
Problèmes de Santé :
Allergies :

MÉDECIN	TÉLÉPHONE	SPÉCIALITÉ

VACCIN	FAIT LE	DATE RAPPEL
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTCP)		
Coqueluche (ou DTCP)		
Haemophilus Inflenzae B (ou DTCPH)		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Autre :		

INSCRIPTION AUX ACTIVITES - ANNEE SCOLAIRE 2026 / 2027

Si vous désirez inscrire votre enfant **toute l'année** à une des activités ci-dessous, modifiez la semaine type en entourant le jour correspondant et entourez la mention « Ajouter ».

Remarque : Les cases grisées correspondent à des jours où l'activité est fermée.

Les demandes de réservations sont sous réserve de place disponible.

ACCUEIL DE LOISIRS DE VEMARS (ALSH)						
Activité :	Semaine type :					Action :
ALSH DEMI JOURNEE MERCREDI	L	M	MC	J	V	Ajouter
ALSH JOURNEE MERCREDI	L	M	MC	J	V	Ajouter

ECOLE MATERNELLE OU ELEMENTAIRE DE VEMARS						
Activité :	Semaine type :					Action :
ACCUEIL PERISCOLAIRE MATIN	L	M	MC	J	V	Ajouter
ACCUEIL PERISCOLAIRE SOIR	L	M	MC	J	V	Ajouter
RESTAURATION SCOLAIRE	L	M	MC	J	V	Ajouter

ECOLE ELEMENTAIRE DE VEMARS						
Activité :	Semaine type :					Action :
ETUDE DIRIGEE (Présence régulière obligatoire)	L	M	MC	J	V	Ajouter

ATTESTATION

Nous soussignés (*)			
Responsables légaux de l'enfant (*)			
<ul style="list-style-type: none"> - 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 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 les renseignements portés par ce formulaire. 			
Responsable 1 (*)	Responsable 2		
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement