



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 : ☐ M ☐ F
ÉCOLE 2026-2027 : DEROGATION ☐ CLASSE ULIS ☐
NIVEAU SCOLAIRE 2026-2027 : Autorisation droit à l'image : oui ☐ non ☐

PARENTS

Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Portable :

 Mél :

☐ Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité

CAF : N° allocataire :

Quotient familial :

Recevoir mes factures : ☐ En ligne ☐ Par courrier

☐ Semaines paires ☐ Semaines impaires

Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Portable :

 Mél :

☐ Autorise la mairie à utiliser mon adresse mail pour les besoins de la collectivité

CAF : N° allocataire :

Quotient familial :

Recevoir mes factures : ☐ En ligne ☐ Par courrier

☐ Semaines paires ☐ Semaines impaires

RESTAURATION SCOLAIRE

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant

le mardi 1^{er} septembre 2026 ? ☐ Oui ☐ Non

Type de repas : standard ☐ alternatif ☐

PAI (Repas fourni par la famille) ☐

(sur justification médicale)

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le restaurant

le mardi 1^{er} septembre 2026 ? ☐ 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 2026-2027 : NIVEAU SCOLAIRE 2025-2026 :

ACCUEIL PERISCOLAIRE

MATIN MATERNELLE ET ELEMENTAIRE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le mardi 1^{er} septembre 2026 ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le mardi 1^{er} septembre 2026 ? ☐ Oui ☐ Non

PS-MS-GS PERISCOLAIRE SOIR MATERNELLE

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le mardi 1^{er} septembre 2026 ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le mardi 1^{er} septembre 2026 ? ☐ Oui ☐ Non

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

Cochez le(s) jour(s) souhaité(s)

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le mardi 1^{er} septembre 2026 ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

☐ Occasionnel

Votre enfant fréquentera-t-il le périscolaire

le mardi 1^{er} septembre 2026 ? ☐ 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

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.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025-2026

ENFANT : NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : SEXE : ☐ M ☐ F
ÉCOLE 2026-2027 : NIVEAU SCOLAIRE 2026-2027 :

COPIE DES VACCINS OBLIGATOIRE

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.