

DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE
RESTAURATION SCOLAIRE -
EXTRASCOLAIRE ANNÉE 2026/2027

.....



Ville de

Mandeure

.....

- Fiche Inscription
- Personnes autorisées à venir chercher l'enfant
- Autorisation droit à l'image
- Fiche sanitaire de liaison
- Règlement intérieur de la restauration scolaire et de l'accueil périscolaire (Tarifs)
- Photocopie des vaccinations
- Attestation d'assurance de responsabilité civile
- Attestation de non mise en place ou protocole du Projet d'Accueil Individualisé

Le dossier est à retourner sur rendez-vous du lundi 18 mai au vendredi 26 juin 2026 au SMEJ, 4 rue des écoles, 25350 Mandeure.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

- Floriane BALY au 06 59 35 11 41 / Amandine VENOVSKI au 06 47 06 05 91

ou par email : polescolaire@ville-mandeure.com

Fiche d'inscription

Ville de Mandeure

Cadre réservé à l'administration
ne pas remplir / quotient familial

Inscription	Septembre
-------------	-----------

Janvier	Avril
---------	-------

École : Classe :

Enfant :

Nom – Prénom

Date de naissance / / Lieu de naissance :

Adresse

Code postal Ville

Parent 1 (ou représentant légal) :

Nom – Prénom / Date de naissance

Adresse (si différente).....

Code postal Ville

Téléphone :

Autorisé à venir chercher l'enfant : Oui Non

Parent 2 (ou représentant légal) :

Nom – Prénom / Date de naissance

Adresse (si différente).....

Code postal Ville

Téléphone :

Autorisé à venir chercher l'enfant : Oui Non

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Numéro allocataire CAF :

Autre personne à contacter si besoin en cas d'indisponibilité :

Nom – Prénom :

Lien relationnel avec l'enfant :

Téléphone :

Adresse :

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul ? oui non

Inscription restauration scolaire :

	OUI	NON
Lundi		
Mardi		
Jeudi		
Vendredi		

- Toute l'année : oui non

- 1 semaine sur 2 : oui non

- Selon votre planning employeur (au mois) : oui non

- Choix du repas :

Traditionnel (viande poisson) Végétarien (sans viande)

- Prélèvement automatique : oui (RIB) non

Inscription temps d'activités périscolaires : cochez les cases correspondantes

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
7h30 - 8h20				
16h30 - 17h15				
16h30 - 18h00				

Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'absence des parents

.....

Nom	Prénom	Qualité	Adresse	Téléphone

Il convient que ces personnes soient en possession d'une pièce d'identité officielle. Une autorisation exceptionnelle peut être accordée seulement si les personnes autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'absence des parents sont munies d'une autorisation manuscrite des parents ou du représentant légal de l'enfant, ainsi que d'une pièce d'identité. À défaut, l'enfant ne leur sera pas confié.

Fait à	Signature (s) :
Le	

Autorisation de droit à l'image

.....

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, en application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs :

J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS

Le Service Municipale Enfance Jeunesse (SMEJ) de la Ville de Mandeuve, à prendre une ou plusieurs photographie(s) ou vidéos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) de votre enfant dans le cadre des activités organisées par les structures municipales au sein desquelles il est accueilli. Et à diffuser et à publier, de manière non commerciale, une ou plusieurs photographie(s) représentant mon enfant dans le cadre pédagogique des structures municipales (supports susceptibles d'être utilisés : magazines municipaux, plaquettes, affiches et flyers municipaux, site Internet et réseau sociaux de la Ville de Mandeuve). En cas de refus, votre enfant ne sera pas visible lors des prises de vue ou bien il sera masqué.

Fait à	Signature (s) :
Le	

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026/27</h2>	<p>L'ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p> <p>NOM DU MÉDECIN TRAITANT :</p> <p>TÉLÉPHONE :</p> <p>ADRESSE :</p>
--	---

La fiche de liaison a une validité d'un an. Le responsable légal de l'enfant doit informer le service enfance jeunesse de la Ville de Mandœuvre de tous changements liés à la fiche sanitaire de liaison durant la période de l'accueil. Aucun enfant ne sera accepté dans l'accueil de loisirs sans cette fiche.

N° Sécurité Sociale :

N° CAF :

E-mail :

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse Parent 1 (Rue, CP, Ville) :

Adresse Parent 2 (Rue, CP, Ville) :

N° Téléphone / Parent 1 :

N° Téléphone / Parent 2 :

Mon enfant viendra SEUL ou ACCOMPAGNÉ (Nom) :

2 - VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant > **Photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres :	
OU Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / séjour ?
 Si oui, lequel (ou lesquels) :

À titre indicatif, l'enfant a-t-il 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"/>	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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres : (ex : piqûre de guêpes/insectes, etc...)
Alimentaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Animaux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Médicamenteuses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (voir protocole)

P.A.I > projet d'accueil individualisé en cours Oui Non

Si oui, joindre le protocole et toutes informations utiles (annexe à télécharger sur le site internet).

Si non, merci de signer l'attestation de non mise en place du PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les précautions à prendre**

3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant sait-il nager Oui Non

Votre enfant porte-t-il des lentilles Oui Non

Des lunettes Oui Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Des prothèses auditives Oui Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Des prothèses dentaires Oui Non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)

Autres recommandations, précisez (ex : qualité de peau, crème solaire, ...) :

3 - AUTORISATION

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées Oui Non

Autorisation de transport en véhicules de service et car de location Oui Non

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence **seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

Fait à	Signature (s) :
Le	

Règlement intérieur de la Restauration Scolaire et de l'accueil Périscolaire

.....

Je soussigné (e) : Parent 1, Parent 2, tuteur (rayer la ou les mentions inutiles)

Qualité :

Nom :

Prénom :

Certifie avoir pris connaissance avec mon enfant :,

classe de du règlement intérieur de la Restauration scolaire et de l'accueil périscolaire de la Ville de Mandeure.

NB : aucun enfant ne pourra être accepté au sein de ces accueils sans retour de ce document signé et approuvé dans sa globalité

Fait à	Signature(s) avec la mention :
Le	"lu et approuvé dans sa globalité"

Attestation de non mise en place du PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

.....

Je soussigné (e) : Parent 1, Parent 2, tuteur (rayer la ou les mentions inutiles)

Qualité :

Nom :

Prénom :

Enfant :

atteste de la non mise en place du Projet d'Accueil Individualisé (PAI) de mon enfant.

Fait à	Signature(s) :
Le	