

PHOTO
OBLIGATOIRE

FICHES DE RENSEIGNEMENTS SERVICES PERISCOLAIRES 2025/2026 COMMUNE DE SABLONS



A REMETTRE EN MAIRIE AVANT LE 25 JUIN 2025

ENFANT

Nom: _____ Prénom : _____ Sexe : F ou M
Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : (*commune et département*) _____
Adresse : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Mère Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Tel. Portable : _____ Tel. d'urgence : _____
Courriel @ : _____
Autorité parentale : OUI NON Profession : _____

Père Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Tel. Portable : _____ Tel. d'urgence : _____
Courriel @ : _____
Autorité parentale : OUI NON Profession : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Organisme : _____ Fonction : _____
Adresse : _____
Tel. Portable : _____ Tel. d'urgence : _____
Courriel @ : _____
Autorité parentale : OUI NON Lien avec l'enfant : _____

SERVICES PERISCOLAIRES

Garderie matin : OUI NON
Garderie soir : OUI NON
Restaurant scolaire* : OUI NON

**pour les inscriptions partielles, un planning de cantine est obligatoire.*

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Seules les personnes majeures mentionnées seront autorisées à récupérer l'enfant. **AUCUN ENFANT NE SERA REMIS A UNE PERSONNE NON LISTEE.**

1/Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Lien avec l'enfant : _____ A contacter en cas d'urgence : OUI NON

2/Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Lien avec l'enfant : _____ A contacter en cas d'urgence : OUI NON

3/Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Lien avec l'enfant : _____ A contacter en cas d'urgence : OUI NON

4/Nom : _____ Prénom : _____ Tel : _____

Lien avec l'enfant : _____ A contacter en cas d'urgence : OUI NON

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : OUI NON

Individuelle Accident : OUI NON

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de contrat : _____

FICHE SANTE

Nom du médecin traitant : _____

Votre enfant est-il sous traitement médical : OUI* NON *(joindre une ordonnance)

Demande de PAI en cours auprès de l'école : OUI NON

Donnez-nous les précisions nécessaires et la conduite à tenir sur l'allergie de votre enfant :

Régime alimentaire : _____ Précisions : _____

AUTORISATIONS (Ne cocher qu'en cas de refus)

je ne désire pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités périscolaires.

je ne souhaite pas que les clichés de mon enfant soient utilisés dans les supports de communication.

Toute inscription implique :

- que vous ayez souscrit pour votre enfant à une assurance responsabilité civile. Vous devrez donc fournir l'attestation d'assurance. **Dans le cas contraire, l'inscription sera refusée.**
- que vous devez être à jour des paiements de vos factures périscolaires pour les enfants déjà scolarisés à l'école de Sablons. **Dans le cas contraire, l'inscription sera refusée.**

Je soussigné(e) Nom, Prénom : _____ responsable légal de l'enfant susnommé, atteste l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et certifie avoir communiqué une adresse électronique valide qui servira pour les communications importantes entre la Mairie de Sablons et les Parents.

Signature de la Mère :

Signature du Père :

Signature Responsable légal :