



**A compléter et à retourner en Mairie
avant le 15 juin 2026**

FICHES DE RENSEIGNEMENTS - SERVICES PERISCOLAIRES (Restauration scolaire – Garderie)

ENFANT

Nom: _____ Prénom : _____ Sexe : F ou M
Né(e) le : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____ Classe : _____
Adresse : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Mère Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Tel. Portable : _____ Tel. d'urgence : _____
Courriel @ : _____
Profession : _____

Père Nom : _____ Prénom : _____
Adresse (si différente) : _____
Tel. Portable : _____ Tel. d'urgence : _____
Courriel @ : _____
Profession : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Organisme : _____ Fonction : _____
Adresse : _____
Tel. Portable : _____ Tel. d'urgence : _____
Courriel @ : _____
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.**

Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Téléphone :	Téléphone :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Contacteur en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Contacteur en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Téléphone :	Téléphone :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Contacteur en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Contacteur en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : OUI NON

Individuelle Accident : OUI NON

FICHE SANTÉ

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

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

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

Allergies connues : _____

Régime alimentaire : _____ Précisions : _____

AUTORISATIONS

- j'autorise que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités périscolaires.
- j'autorise 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) _____ 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 :