



DOSSIER PÉRISCOLAIRE 2024-2025

Ecole des Rives de l'Idut

Cadre réservé à la
mairie
Date d'arrivée :

ENFANT

NOM : Prénom : En classe de (à la rentrée) :
Né(e) le : A : Sexe : Masculin Féminin

FOYER

| | |
|---|--|
| Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire | |
| <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/> |
| NOM : <input type="text"/> | NOM : <input type="text"/> |
| Prénom : <input type="text"/> | Prénom : <input type="text"/> |
| Profession : <input type="text"/> | Profession : <input type="text"/> |
| Courriel : <input type="text"/> | Courriel : <input type="text"/> |
| Tél. portable : <input type="text"/> | Tél. portable : <input type="text"/> |
| Tél. travail : <input type="text"/> | Tél. travail : <input type="text"/> |
| Adresse du domicile : <input type="text"/> | |
| CP : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> | Tél. domicile : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Effectuera les réservations en ligne sur le portail dédié | <input type="checkbox"/> Effectuera les réservations en ligne sur le portail dédié |

FOYER 2 (UNIQUEMENT SI PARENTS SÉPARÉS)

| | |
|---|--|
| Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire | |
| <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="text"/> |
| NOM : <input type="text"/> | NOM : <input type="text"/> |
| Prénom : <input type="text"/> | Prénom : <input type="text"/> |
| Profession : <input type="text"/> | Profession : <input type="text"/> |
| Courriel : <input type="text"/> | Courriel : <input type="text"/> |
| Tél. portable : <input type="text"/> | Tél. portable : <input type="text"/> |
| Tél. travail : <input type="text"/> | Tél. travail : <input type="text"/> |
| Tél. domicile : <input type="text"/> | Tél. domicile : <input type="text"/> |
| Adresse : <input type="text"/> | |
| CP : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> | CP : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> |

MODE DE GARDE (UNIQUEMENT SI PARENTS SÉPARÉS)

Partagée Alternée Exclusive (précisez le parent) :

Joindre un document spécifiant l'autorité parentale, le droit de garde, la répartition des charges et le planning de garde (décision de justice, calendrier de garde)

RENSEIGNEMENTS POUR LA FACTURATION

Facturation unique : NOM : Prénom :

Facturation alternée (famille séparée uniquement) :

NOM - Prénom du responsable 1 : Semaine de facturation : Paire Impaire

NOM - Prénom du responsable 2 : Semaine de facturation : Paire Impaire

QUOTIENT FAMILIAL : joindre une attestation CAF justifiant du quotient familial.

En cas de non présentation de ce document, le tarif le plus élevé est automatiquement appliqué.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom du médecin traitant : Tél. :

Vaccination DT Polio – Date du dernier rappel :

Allergies : Allergie alimentaire Allergie médicamenteuse Asthme Autres

Précisez :

Votre enfant est-il en situation de handicap ? Non Oui - Si reconnaissance officielle, précisez l'organisme :

Autre recommandations des parents (antécédents médicaux, lunettes, appareillages...) :

Compagnie d'assurance responsabilité civile : N° de contrat :

ADULTES HABILITES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (en plus des responsables légaux de l'enfant)

| NOM | Prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone | A contacter en cas d'urgence | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si occasionnellement, une autre personne vient chercher l'enfant, le responsable de l'accueil périscolaire doit être prévenu.

Une autorisation signée devra être fournie par les responsables légaux.

AUTORISATIONS CONCERNANT L'ENFANT

J'autorise la commune de Lanildut à prendre des photos ou vidéos et à les utiliser à des fins d'information dans les supports de communication municipaux (journal, site Internet..) : Oui Non

SIGNATURE

- ✓ J'atteste que tous les renseignements portés sur cette fiche sont exacts
- ✓ Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité
- ✓ Je m'engage à notifier toute modification des données concernant mon enfant ou moi-même auprès des services de la mairie
- ✓ Je m'engage à respecter les règles de fonctionnement des services périscolaires
- ✓ J'autorise les responsables de l'accueil périscolaire à prendre toute disposition nécessaire concernant mon enfant en cas d'urgence
- ✓ J'atteste sur l'honneur avoir l'accord du deuxième parent de l'enfant (ayant l'autorité parentale) pour inscrire l'enfant aux accueils périscolaires gérés par la commune de Lanildut
- ✓ Je décharge la commune de Lanildut de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux d'accueil

La signature de ce document équivaut à l'acceptation du règlement des services périscolaires disponible sur le portail parents (<https://parents.logiciel-enfance.fr/lanildut>)

Date

Signature du ou des responsable(s) légal (aux)