

# DOSSIER ENFANT PÉRISCOLAIRE

(A renouveler chaque année)

Périscolaire  
2024 - 2025



« Libérez le potentiel de l'enfant et vous transformerez le monde avec lui »

## Pièces à fournir :

- ✓ Copie des pages de vaccinations du carnet de santé avec nom et prénoms de l'enfant
- ✓ Copie attestation responsabilité civile ou assurance scolaire 2024-2025
- ✓ Attestation récente du quotient familial CAF / MSA ou copie du dernier avis d'imposition

## En cas de séparation :

- ✓ Copie ordonnance de jugement en cas de divorce et séparation

## En cas problème de santé :

- ✓ Copie du P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

L'enfant

Nom et prénom(s) de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Scolarité 2024-2025 : École : ..... Classe : .....

Accueil périscolaire

Votre enfant fréquentera l'accueil périscolaire suivant :

- Maternelle-élémentaire Le Cormier  Maternelle-élémentaire des Mérigots

Période de fréquentation :

- Matin (Entre 7h30 et 8h20)  Midi avec repas (Entre 11h30 et 13h20)  Soir (Entre 16h30 et 18h30)

 Pensez à vous inscrire au S.I.R.C. pour réserver le repas sur le site internet <https://cuisinecentralevillement.fr/>

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire (inscriptions, fonctionnement et règles de vie, modalités de facturation).

La facturation est établie selon le Quotient Familial pour les matins et soirs par la Mairie et par le S.I.R.C. pour le repas (Gratuité pour l'accueil périscolaire du midi).

Situation familiale

Situation familiale :




- Mariés  PACS  Union libre  Célibataire  
 Divorcés  Séparés  Veuf(ve)

En cas de divorce ou de séparation, préciser :

Autorité parentale :  Conjointe  A la mère  Au père

Résidence principale :  Garde alternée  Chez la mère  Chez le père

Les parents

|  | Parent *  | Parent *  |
|--|---|---|
| Nom et prénom  |   |   |
| Adresse complète   |   |   |
|  portable |   |   |
|  fixe     |   |   |
|  Courriel |   |   |
| Lieu et téléphone de travail   |   |   |
| N° allocataire CAF/MSA   |   |   |
| Facturation  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

\* Parents notés dans l'acte de naissance de l'enfant

Composition familiale

En cas de recomposition familiale :

Nom et prénom(s) du conjoint : .....

Adresse complète : .....

.....

Téléphone portable : ..... Téléphone travail : .....

Personne(s) autorisée(s)

Personne(s) autorisée(s) à prendre mon enfant en charge (Autre que les responsables légaux) :

↳ Nom et prénom(s) : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

↳ Nom et prénom(s) : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

↳ Nom et prénom(s) : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

N° de sécurité sociale : 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Médecin traitant : ..... Tél. : .....

**Renseignements médicaux :**Vaccins obligatoires à jour :  Oui  Non *(Joindre copie carnet de santé)***Maladies contractées :**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Rubéole   | Varicelle   | Angines   | Coqueluche  | Rhumatisme<br>articulaire aigu                            |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Oreillons   | Otites  | Rougeole  | Scarlatine  |   |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| Asthme  | Autre (s) : A préciser.                                   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |   |   |   |

**Allergies :**

|   |   |
|---|---|
| Alimentaire   | Préciser causes, symptômes, traitement... |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| Médicamenteuse  | Préciser causes, symptômes, traitement... |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| Autres allergies  | Préciser causes, symptômes, traitement... |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |

L'enfant bénéficie d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) :  Oui  Non**Projet d'accueil individualisé (P.A.I.) :**L'enfant bénéficie d'un P.A.I.  Oui  Non (Joindre copie du PAI)

Un P.A.I. doit être *mis en place* pour accueillir l'enfant en accueil périscolaire (Matin, midi, soir) s'il présente une *pathologie chronique (Asthme, diabète...), des intolérances alimentaires, des allergies ou des troubles de comportement demandant une adaptation de l'accueil (Ex : panier repas...).*

**Traitement médical :**L'enfant suit un traitement quotidien :  Oui  Non

Si oui, préciser : .....

Si l'équipe encadrante doit *administrer un traitement, joindre obligatoirement les médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec une ordonnance récente.*

L'état de santé de l'enfant nécessite un traitement médical d'urgence :  Oui  Non

*Fournir le protocole d'urgence et la trousse médicale à la direction de l'accueil périscolaire.*

**Suivi médical :**

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Institut spécialisé                                       | Orthophoniste   | Pédopsychiatre  | Autre (Préciser)  |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**Régime alimentaire :**- Sans porc :  oui  non- Sans viande :  oui  non- Autre :  oui  non

- A préciser : .....

**Autres particularités :**- Port de lunette :  oui  non Si oui, préciser  permanent  occasionnel (Ecrans, lecture)- Prothèse dentaire :  oui  non- Prothèse auditive :  oui  non- Autre :  oui  non

A préciser : .....

**Recommandations :**

.....

**Autorisation d'utilisation de l'image de l'enfant :**

| En interne<br>(Exposition, animations...)                 | Site internet<br>de la Mairie                             | Support de<br>communication                               | Presse locale   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**Autorisation de sorties encadrées par l'équipe périscolaire (Ex : médiathèque, gymnase...):**  Oui  Non**Autorisation de sortir seul(e) de l'accueil périscolaire le soir :**  oui  non

Je soussigné(e) .....,  
responsable légal(e) de l'enfant, **déclare exacts les renseignements portés sur ce document** et m'engage  
à **signaler par écrit à la direction périscolaire ou à la responsable du service Éducation tout  
changement de situation.**

Fait à L'Isle d'Espagnac, le .....

Signature responsable \*Signature responsable\*

\* En cas de garde alternée, les deux signatures sont demandées.

**Tout dossier incomplet sera refusé****Direction maternelle et élémentaire des Mérigots**

Tél. : 06.24.68.98.67. / Mail : perisco.merigots@mairie-lisledespagnac.fr

**Direction maternelle et élémentaire Le Cormier**

Tél. : 06.47.40.94.56. / Mail : perisco.cormier@mairie-lisledespagnac.fr

**Responsable service Éducation**

Tél. : 05.45.38.62.00. ou 06.47.40.19.39. / Mail : education@mairie-lisledespagnac.fr