

DOSSIER ENFANT PÉRISCOLAIRE

(A renouveler chaque année et être complet

avant la rentrée scolaire.)

Périscolaire
2026-2027



« 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 2026-2027
- ✓ Attestation récente du quotient familial CAF / MSA ou copie du dernier avis d'imposition
- ✓ Règlement intérieur signé
- ✓ Dossier de prélèvement automatique complété (si pas donné l'année dernière)

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 2026-2027 : 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)

👉 Penser 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

	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

En cas de recomposition familiale :

Nom et prénom(s) du conjoint :

Adresse complète :

.....

Téléphone portable : Téléphone travail :

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 contrac-tées :

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

Allergies :

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

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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Orthophoniste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pédopsychiatre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre (Préciser) <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 (Exposition, animations...)	Site internet de la Mairie	Support de communi- cation	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 primaire 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