



**FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS**  
**SERVICES PERISCOLAIRES**  
ANNEE SCOLAIRE 2025 - 2026

**ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Sexe M  F   
Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance (commune) : \_\_\_\_\_  
Adresse de l'élève : domicile des parents  garde alternée   
Classe : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LEGAUX**

**(Cocher le responsable qui recevra les factures)**

**Responsable 1**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Autorité parentale oui  non   
Situation familiale : Célibataire  Marié  Union libre  Pacsé  Veuf (ve)  Divorcé  Séparé   
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ . Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
 adresse mail utilisée pour le compte espace famille

Coordonnées de l'employeur : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

**Responsable 2**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Autorité parentale oui  non   
Situation familiale : Célibataire  Marié  Union libre  Pacsé  Veuf (ve)  Divorcé  Séparé   
Adresse (si différente de celle du père) : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ . Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_  
 adresse mail utilisée pour le compte espace famille

Coordonnées de l'employeur : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_

**ASSURANCE**

Je certifie avoir souscrit les contrats d'assurances nécessaires pour garantir les dommages subis (individuelle accident corporel) ou causés (responsabilité civile) par mon enfant sur les temps périscolaires.

Nom de l'assurance : \_\_\_\_\_  
N° d'assuré ou de contrat : \_\_\_\_\_

**DROIT À L'IMAGE**

**J'autorise / Je n'autorise pas (rayer la mention inutile)** la prise de photos/vidéos de mon enfant pendant les temps et activités périscolaires et leur diffusion à des fins de promotion (bulletin municipal, site internet, presse locale) étant précisé qu'elles ne seront jamais utilisées dans un contexte qui serait préjudiciable à l'enfant.

## FREQUENCE D'UTILISATION DES SERVICES

### GARDERIE

Présence Régulière Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi   
Occasionnelle

### RESTAURANT SCOLAIRE

Présence Régulière Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi   
Occasionnelle

Régime alimentaire : Sans porc  Sans sel  Sans viande  Autre  préciser : \_\_\_\_\_

Allergie alimentaire ou intolérance alimentaire donnant lieu à un PAI : OUI  NON

Si oui : trousse de médicaments  Panier repas  Autre  préciser: \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS MEDICALES

Nom / adresse / téléphone du médecin traitant :

En cas d'urgence, *j'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile)* le personnel d'encadrement du restaurant scolaire à prendre toute mesure nécessaire, y compris l'hospitalisation de mon enfant au Centre Hospitalier d'Estaing à Clermont-Ferrand.

## PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE DOMICILE	TELEPHONE PORTABLE

## PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autre que les parents)

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE DOMICILE	TELEPHONE PORTABLE

## AUTORISATION DE SORTIE

Mon enfant est autorisé à quitter seul l'école OUI  à 16h15  ou après la garderie  NON

N.B. : une décharge de responsabilité devra être remplie dans ces deux cas de figure :

- Si un élève quitte l'école pendant la pause méridienne

- Si un adulte, autre que les personnes désignées sur la fiche d'inscription, vient chercher l'enfant à la garderie le soir.

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_ :

➤ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

➤ m'engage à signaler tout changement de situation en Mairie,

➤ certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires et l'accepte sans réserve.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des parents (ou du représentant légal)