



# Ville de Pimprez



—  
RESTAURATION SCOLAIRE  
—

PERISCOLAIRE

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2026–2027

Nom .....

Prénom .....

Classe .....

*photo*





## FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

NOM : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

- |                      |                              |                              |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Lunettes           | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Lentilles          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Appareil dentaire  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Appareil auditif   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Repassans porc     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Traitement médical | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |



Si oui lequel .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....  
.....

Autre(s) cas particulier(s) :

.....

Nom du Médecin de famille : .....

Téléphone : .....

Mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Personnalisé)    oui ☐    non ☐

# RESPONSABLES LÉGAUX

MÈRE

Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Dom : ..... Tél. Port\* : ..... Tél. trav : .....

Email\* : .....

**Impératif : prévenir en cas de changement de numéro(s) de téléphone**

PÈRE

Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Dom : ..... Tél. Port\* : ..... Tél. trav : .....

Email\* : .....

**Impératif : prévenir en cas de changement de numéro(s) de téléphone**

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Organisme : .....

Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

Référent : .....

Lien avec l'enfant : .....

Famille d'accueil ☐ Foyer d'accueil ☐

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Dom : ..... Tél. Port\* : ..... Tél. trav : .....

Email\* : .....

**\* obligatoire**

# **PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU** **AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE**

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Dom : ..... Tél. Port\* : ..... Tél. trav : .....

**\*Impératif : prévenir en cas de changement de numéro(s) de téléphone**

A appeler en cas d'urgence ☐

Autorisée à prendre l'enfant ☐

---

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Dom : ..... Tél. Port\* : ..... Tél. trav : .....

**\*Impératif : prévenir en cas de changement de numéro(s) de téléphone**

A appeler en cas d'urgence ☐

Autorisée à prendre l'enfant ☐

---

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Dom : ..... Tél. Port\* : ..... Tél. trav : .....

**\*Impératif : prévenir en cas de changement de numéro(s) de téléphone**

A appeler en cas d'urgence ☐

Autorisée à prendre l'enfant ☐

Toute personne autorisée à venir récupérer l'enfant doit être munie d'une pièce d'identité.

**\* obligatoire**

# ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile :            Oui ☐            Non ☐

Individuelle Accident :            Oui ☐            Non ☐

Compagnie d'assurance : .....Numéro de police d'assurance : .....

Date d'échéance : ...../...../.....

AUTORISATIONS : (à remplir par les deux parents – Cocher pour acceptation)

## MÈRE

- ☐ J'autorise le service cantine, périscolaire, à faire hospitaliser mon enfant si nécessaire, à lui faire pratiquer par le corps médical tous les soins d'urgence, examen, investigation, intervention chirurgicale, y compris anesthésie que son état nécessiterait.
- ☐ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler tout changement modifiant ces informations.

## PÈRE

- ☐ J'autorise le service cantine, périscolaire, à faire hospitaliser mon enfant si nécessaire, à lui faire pratiquer par le corps médical tous les soins d'urgence, examen, investigation, intervention chirurgicale, y compris anesthésie que son état nécessiterait.
- ☐ Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler tout changement modifiant ces informations.

Signature de la mère :

Signature du père :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 – VACCINATIONS (joindre obligatoirement les photocopies du carnet de santé).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐  
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

.....  
.....  
.....  
.....

#### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) .....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Impératif : - fournir un certificat médical en cas de changement de l'état de santé de l'enfant  
- Prévenir en cas de changement de numéro(s) de téléphone

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

# **LISTE DES PIECES A FOURNIR**

- ☐ **Le dossier dûment rempli**
- ☐ **Les photocopies des vaccins de l'enfant à jour**
- ☐ **La fiche sanitaire dûment remplie et signée**
- ☐ **L'attestation de d'Assurance Responsabilité Civile de l'enfant**
- ☐ **Une photo de l'enfant (à coller en première page)**
- ☐ **Si concerné : le jugement précisant l'autorité parentale ou la perte de l'autorité parentale**



Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé et non informatisé par le Maire de la commune de Pimprez sis au 50 rue de l'Eglise 60170 Pimprez pour l'enregistrement des dossiers d'inscription au périscolaire et à la restauration scolaire.

Le responsable de traitement a désigné l'ADICO sise à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données.

Le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investie la Mairie (Article 6 (1) e du règlement européen 2016-679 (Règlement Général sur la Protection des Données -RGPD). Les données ne sont destinées qu'à la Mairie de Pimprez et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pour une durée de 1 an.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit d'opposition au traitement. Vous bénéficiez également d'un droit à la limitation du traitement. Les droits à la portabilité et à l'effacement ne s'appliquent pas à l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le service chargé de l'exercice de ces droits à l'adresse suivante : [mairie@mairiepimprez.fr](mailto:mairie@mairiepimprez.fr) / 50 rue de l'Eglise 60170 Pimprez / 03.44.76.84.84.

Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.