

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant(s) scolarisé(s) :

	Nom de l'enfant	Prénom	Date et lieu de naissance	Ecole fréquentée à la rentrée 2025-2026	Classe
1					
2					
3					
4					

Responsables légaux :

Responsable 1	Responsable 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
Adresse :	Adresse :
E-mail :	E-mail :
E-mail de l'enfant :	E-mail de l'enfant :
Tél fixe :	Tél fixe :
Tél portable :	Tél portable :
Tél portable de l'enfant :	Tél portable de l'enfant :
Profession :	Profession :
Nom employeur :	Nom employeur :
Adresse employeur :	Adresse employeur :
Tél professionnel :	Tél professionnel :

Situation des parents : Mariés Pacsés Concubins Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

Si vous êtes séparé ou divorcé, précisez le nom de la personne ayant la garde de l'enfant :

.....

Garde alternée : OUI NON (1 dossier à constituer par foyer)

Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA)

N° allocataire :

Joindre le dernier justificatif de quotient familial CAF

Nombre d'enfant(s) à charge :

Si vous êtes parent isolé, merci de nous fournir votre avis d'imposition 2025 (case T de la page 2 cochée) afin de bénéficier du tarif « parent isolé »

Bénéficiaire de L'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé): OUI NON

(Si oui merci de joindre un justificatif AEEH)

Je souhaite régler mes factures par prélèvement automatique :

OUI (joindre un RIB, remplir et signer le mandat de prélèvement ci-joint)

NON

Personnes autorisées à venir chercher l'(les) enfant(s) ou à contacter en l'absence des responsables :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable : (N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable : (N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél fixe : Tél portable : (N° Tél indispensable)

Lien avec l'enfant :

Votre enfant fréquente :

Ecole :	Classe :
---------	----------

<input type="checkbox"/> Restauration scolaire	<input type="checkbox"/> Accueil périscolaire matin/soir	<input type="checkbox"/> Accueil du midi(sans repas)
<input type="checkbox"/> Mercredis récréatifs	<input type="checkbox"/> Mission Ados	

1 - IDENTITE DE L'ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2 – VACCINATIONS

Joindre la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

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 sa présence dans le service ? 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.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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 À TENIR

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours Oui Non
(joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

Régime alimentaire : Repas normal Repas sans viande PAI

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

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

.....
.....

RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE oui non si oui, lequel ?

.....
.....

VOTRE ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT : oui non occasionnellement

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE : oui non

VOTRE ENFANT POSSEDE-T'IL L'ATTESTATION DE NAGE SUR 25 M : oui non

VOTRE ENFANT POSSEDE-T'IL L'ATTESTATION DE NAGE SUR 50 M : oui non

(Si oui, joindre une copie du justificatif)

VOTRE ENFANT PRESENTE-T'IL UNE CONTRE-INDICATION PARTICULIERE A LA PRATIQUE SPORTIVE OU A UNE DISCIPLINE SPECIFIQUE : oui non

(Si oui, fournir un certificat médical)

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT :

Les services périscolaires sont ouverts à tous les enfants.

Afin d'assurer le bien-être et le meilleur accueil de tous, merci de nous signaler si votre enfant présente :

des troubles du comportement des difficultés relationnelles, émotionnelles ou d'attention

un trouble du neuro-développement (TDAH, TSA, DYS) un besoin d'accompagnement particulier

aucun besoin particulier

Précisions utiles :

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

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ? oui non demande en cours

Si oui, merci d'indiquer les recommandations établies par la MDPH :

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

Si votre enfant présente des besoins spécifiques, nous vous remercions de prendre contact avec le Service Toutes Générations par mail à : cantine.peri@pulnoy.fr avant la rentrée, afin que l'équipe puisse préparer son accueil dans les meilleures conditions.

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM.....

Père Mère Autre (précisez)

Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Vie maritale

ADRESSE

.....
.....

TÉL

FIXE : PORT : TRAVAIL :

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

5 – PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL

FIXE : PORT : TRAVAIL :

LIEN AVEC L'ENFANT.....

6 - AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Mme ou M. responsable de l'enfant.....
(Cochez les cases correspondantes à vos choix)

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant après avis médical.

Je m'engage également à faire parvenir à la mairie toutes modifications ou compléments de santé concernant mon enfant, dans le but que cette fiche sanitaire reflète l'exacte situation de santé de mon enfant.

- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur le site internet de la Ville et sur l'Espace Citoyens et valable pour l'année scolaire en cours (accueil matin/soir, restauration scolaire, accueil du midi, mercredis récréatifs, Mission Ados) et m'engage à le respecter.
- Autorise mon enfant à se faire photographier ou filmer dans le cadre de l'accueil matin/soir, restauration scolaire, accueil du midi, mercredis récréatifs, Mission Ados) et m'engage à le respecter. Ces films et photos peuvent être diffusés pour présenter les actions menées (presse, site internet de la ville, publications municipales et métropolitaines, réseaux sociaux municipaux et métropolitains, album, expositions).

Pour la Mission Ados :

- Autorise mon enfant à participer aux activités mises en place par la Mission Ados durant l'année scolaire 2026-2027 et durant les vacances scolaires.
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités, depuis le lieu de l'activité.

Date :

Signature :

7 - RESPONSABILITE CIVILE

Nous précisons que votre enfant reste sous votre entière responsabilité civile et que c'est donc votre assurance qui couvrira les éventuels frais en cas de préjudice occasionné par lui-même.

En conséquence, vous devez être couvert en responsabilité civile. En cas de litige entre les deux parents, il pourra être demandé un justificatif attestant l'autorité parentale.

PIECES A FOURNIR :

- Attestation de responsabilité civile individuelle
- Fiche sanitaire (1 par enfant)
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation de Quotient familial délivré par la CAF
- RIB (si prélèvement automatique)
- Mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé
- Justificatif AEEH
- Avis d'imposition 2025

ⓘ Un dossier incomplet ne pourra pas être accepté ⓘ

**A déposer à l'accueil de la Mairie
pour le 17/07/2026 dernier délai**