

Dossier accueil périscolaire



École de Moulon

Date de réception du dossier :

Réservé à la Mairie

À retourner avant le 1^{er} septembre 2026

Enfant

Nom :

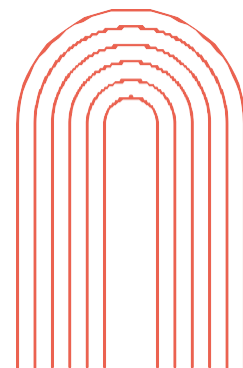
Sexe : F ☐ M ☐

Prénom :

Date et lieu de naissance : / /

à

Classe :



COPIES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- ☐ Fiche de renseignements
- ☐ Attestation de Sécurité Sociale du parent couvrant l'enfant
- ☐ Attestation de quotient familial 2025 (CAF / MSA)
- ☐ Attestation de paiement 2025 (CAF / MSA)
- ☐ Attestation d'assurance extra-scolaire 2025-2026
- ☐ Copie de la page des vaccins du carnet de santé

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

Responsable : ☐ Père ☐ Mère

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Département :

N° de Sécurité Sociale :

Situation : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse :

 Portable :

 Professionnel :

Adresse mail :

N° allocataire CAF ou MSA :

Nom et adresse de l'employeur :

Responsable : ☐ Père ☐ Mère

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Département :

Situation : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Adresse :

 Portable :

 Professionnel :

Adresse mail :

N° allocataire CAF ou MSA :

Nom et adresse de l'employeur :

Autres responsables ☐ **Tuteur** ☐ **Famille d'accueil**

Organisme :

Nom et prénom de la personne référente :

Date et lieu de naissance : / / à

Fonction :

 Portable :

Adresse mail :

Adresse :

PERSONNE(S) MAJEURE(S) AUTORISÉE(S) À VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT SUR LE TEMPS PÉRISCOLAIRE

Nom et prénom :

Qualité :

Adresse :

 Portable :

Nom et prénom :

Qualité :

Adresse :

 Portable :

Nom et prénom :

Qualité :

Adresse :

 Portable :

Nom et prénom :

Qualité :

Adresse :

 Portable :

SANTÉ

N° de sécurité sociale :

Médecin traitant :

Téléphone :

Vaccins obligatoires à jour : ☐ Oui ☐ Non

Joindre copie du carnet de santé

Si l'enfant est né après le 1^{er} janvier 2018 :

Diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP)

☐ Oui ☐ Non

Coqueluche

☐ Oui ☐ Non

Hépatite B

☐ Oui ☐ Non

Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B

☐ Oui ☐ Non

Infections invasives à Pneumocoque C

☐ Oui ☐ Non

Rougeole, Oreillons, Rubéole

☐ Oui ☐ Non

En cas de contre-indication du vaccin, merci de joindre le certificat médical du Médecin

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Scarlatine ☐ Coqueluche ☐ Rougeole ☐ Oreillons

L'enfant a-t-il les allergies suivantes ?

Asthme ☐ Oui ☐ Non

Alimentaires ☐ Oui ☐ Non

Médicamenteuse ☐ Oui ☐ Non

Autres

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui joindre une ordonnance récente, les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant

L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui veuillez fournir le protocole en cours (PAI)

L'enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui à retirer pour les activités sportives ? ☐ Oui ☐ Non

Autorisations

Autorisation d'hospitalisation d'urgence ☐ Oui ☐ Non

Autorisation de délivrer des médicaments sur ordonnance ☐ Oui ☐ Non

Autorisation de rentrer seul(e) de l'accueil périscolaire ☐ Oui ☐ Non

En cas de divorce ou de séparation

Autorité parentale : ☐ Conjointe ☐ À la mère ☐ Au père

Résidence principale : ☐ Garde alternée ☐ Chez la mère ☐ Chez le père

Je soussigné(e) :

Responsable légal de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler par écrit à la Mairie tout changement de situation.

Fait à

Le

Signature des représentants légaux