



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS
Périscolaire, Cantine, Aide aux leçons
2026-2027

ENFANTS SCOLARISÉS SUR LA COMMUNE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE A LA RENTREE

PARENT 1 :

N° d'allocataire CAF :

Nom Assurance responsabilité Civile :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

Profession :

Numéros de téléphone :

Domicile : Travail : Portable :

Mail :

PARENT 2 :

N° d'allocataire CAF (si différent du parent 1) :

Nom Assurance responsabilité Civile :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

Profession :

Numéros de téléphone :

Domicile : Travail : Portable :

Mail :

Garde juridique de l'enfant (à remplir en cas de séparation) :

☐ aux deux parents ☐ parent 1 ☐ parent 2 ☐ autres

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), Madame/Monsieur

AUTORISE mon (mes) enfant (s)

À quitter le service périscolaire accompagné(es) des personnes suivantes :

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE
ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE
(AUTRE QUE LES PARENTS QUI SONT APPELÉS EN PRIORITÉ)**

NOM : PRENOM :

☐ A appeler en cas d'urgence

☐ Autorisé à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant :

Tél.

NOM : PRENOM :

☐ A appeler en cas d'urgence

☐ Autorisé à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant :

Tél.

NOM : PRENOM :

☐ A appeler en cas d'urgence

☐ Autorisé à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant :

Tél.

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e), Madame/Monsieur

AUTORISE pour mon (mes) enfants (s)

- **La prise de photos** : J'autorise le personnel de l'accueil périscolaire à prendre en photo mon/mes enfant(s) et d'exploiter ce support photographique à des fins pédagogiques, bulletin mensuel et/ou annuel de la commune

OUI ☐ NON ☐

- **Le sport** : j'autorise mon/mes enfant(s) à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure

OUI ☐ NON ☐

- **Le transport** de mon/mes enfant(s) au Centre Hospitalier le plus proche

OUI ☐ NON ☐

- **Les interventions médicales et chirurgicales** sur mon/mes enfant(s) en cas d'urgence

OUI ☐ NON ☐

Date :

Signature :

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à l'utilisation de l'image d'une personne majeure ». Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie de Le Plessis Brion, située au 76 rue Edouard Meunier, vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

INSCRIPTION À L'ANNÉE

Vous avez la possibilité d'inscrire votre enfant jusqu'au **02 juillet 2027** et ne plus recevoir le planning mensuel à compléter.

Enfant(s) :

NOM	PRENOM

Merci de cocher les cases souhaitées

- ou** ☐ Je souhaite recevoir le planning mensuel à compléter et à retourner en mairie chaque mois
☐ Je souhaite inscrire mon enfant jusqu'au **02/07/2027** selon mes choix ci-dessous :

PERISCOLAIRE MATIN
☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI
REPAS + PERISCOLAIRE MIDI
☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI
PERISCOLAIRE SOIR 1H
☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI
PERISCOLAIRE SOIR 2H
☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI
AIDE AUX LECONS (école élémentaire)
☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI

FACTURATION

- ☐ Je souhaite recevoir mes factures au format numérique en me connectant sur le portail famille (recommandé)
ou ☐ Je souhaite recevoir mes factures au format papier par courrier

Je soussigné (e), certifie l'exactitude des informations ci-dessous et m'engage à prévenir **48h à l'avance en cas de changement, par téléphone au 03.44.76.11.37. ou par mail perilpb@leplessisbrion.com (avant 11h pour la cantine, hors week-end)**

Date :

Signature :

Fournir une fiche sanitaire pour chaque enfant

FICHE SANITAIRE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR
VOTRE ENFANT, ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :/...../.....

Garçon ☐

Fille ☐

VACCINATIONS

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

REEMPLIR LE TABLEAU CI-DESSOUS OU FOURNIR UNE COPIE DES PAGES VACCINATION DU CARNET DE SANTE

VACCIN OBLIGATOIRE	OUI	NON	DERNIER RAPPEL	VACCIN RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				RUBEOLE ROUGEOLE OREILLONS	
POLIOMYELITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				BCG	
OU TETRACOQ				AUTRES	

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du Médecin traitant :

Téléphone :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le périscolaire ? 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

ALLERGIES :

ASTHME OUI ☐ NON ☐

MÉDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐

AUTRES ALLERGIES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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**.

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, UN APPAREIL DENTAIRE, REGIME SANS PORC, ETC. **PRÉCISEZ SVP**

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

Date :

Signature :

CHARTRE ET REGLEMENT INTERIEUR **DU SERVICE PERISCOLAIRE**

Si je dépasse les limites, mes parents seront prévenus et je pourrais être sanctionné voire exclu.

Charte et règlement intérieur lus et approuvés par les parents et l'(les) enfant(s)

Je soussigné(e),.....

Représentant légal du (des) enfant(s) :

NOM	PRENOM

- *Déclare avoir pris connaissance de la charte et s'engage à la respecter.*
- *Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif au service périscolaire et cantine, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.*
- *Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir la mairie et l'école de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...)*
- *Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la mairie de Le Plessis Brion, située au 76 rue Edouard Meunier, vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s)