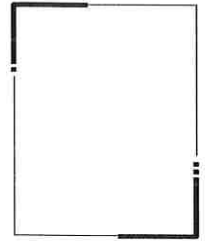




**DOSSIER DE DEMANDE PERISCOLAIRE  
ANNEE SCOLAIRE 2025-2026**



Nom, prénom de l'enfant  Né(e) le :   
 Adhésion le : ..... Sexe : M  F   
 Ecole : ..... Enseignant : ..... Classe : .....  
 Famille : Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil   
**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Père
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile / quartier :		
Tél. Domicile/Portable :		
Courriel :		
Situation familiale :		

**NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Professionnel		
Profession parents :		

**N° Allocataire C.A.F. :**

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire:

Nom de la compagnie : ..... N°Téléphone ..... N°Contrat : .....

**REGIME ALIMENTAIRE:**  sans régime particulier  sans viande

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités  OUI  NON

Si **NON**, autres personnes **majeures** autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

**Dans le cadre des accueils périscolaires:**

- J'autorise le personnel de l'association à photographier/filmer mon enfant ainsi que l'association à utiliser ces supports pour sa promotion (affichage, flyers, presse et journaux locaux, site internet).
- Je n'autorise pas la prise de photos et d'images de mon enfant.

En cas d'accident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Fait à ..... , le ..... Signature :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Sexe :  M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle sera détruite à la fin de la saison. Merci de nous indiquer tout changement.

## 1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES- Date du dernier vaccin			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTPOLIO ou Trétacoq)			
VACCINS RECOMMANDES - Date(s) des derniers vaccins faits			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		Méningocoque C*	
Coqueluche*		Pneumocoque*	
Hépatite B*		Haemophilus*	
Influenza b*		BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

\*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT:

Poids : ..... Taille : ..... (Informations nécessaires en cas d'urgence).

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :** .....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  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 une intolérance ou allergies suivantes :

ALIMENTAIRES  Oui  Non Si oui, Précisez .....

MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non Si oui, Précisez .....

AUTRES (animaux, plantes, ...)  Oui  Non Si oui, Précisez .....

ASTHME  Oui  Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

## 3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, comportement particulier, crises convulsives, opération, rééducation, port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, etc..) en précisant les précautions à prendre.

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

## 4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

**Responsable n°1 :** NOM: ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE /PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

**Responsable n°2 :** NOM: ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE /PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL: .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à ..... le ...../...../.....

SIGNATURES :

## Vos besoins d'accueil:

**Attention** : Les places sont limitées. Nous avons besoin que chaque famille étudie au plus juste ses réels besoins d'accueil, afin de répondre aux demandes d'un maximum de familles.

RESTAURATION SCOLAIRE (midi)	
FREQUENTATION REGULIERE :	FREQUENTATION
<input type="checkbox"/> Lundi	SEMAINE PAIRE :      SEMAINE IMPAIRE :
<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Lundi
<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mardi
<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Jeudi
	<input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Vendredi
<input type="checkbox"/> sur Planning transmis mensuellement	

PERISCOLAIRE DU SOIR	
FREQUENTATION REGULIERE :	FREQUENTATION
<input type="checkbox"/> Lundi	SEMAINE PAIRE :      SEMAINE IMPAIRE :
<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Lundi
<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mardi
<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Jeudi
	<input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Vendredi
<input type="checkbox"/> sur Planning transmis mensuellement	

### Engagement des représentants légaux :

- ✓ Je certifie l'exactitude des renseignements fournis pour le dossier et m'engage à signaler tout changement de situation qui pourrait intervenir en cours d'année (perte d'emploi, congés parentale...)
- ✓ Je déclare accepter le règlement intérieur du périscolaire.
- ✓ Je certifie avoir fait une demande correspondant à mes réels besoins et m'engage à respecter le planning défini ci-dessus. Tout créneau d'accueil acquis mais non fréquenté (annulations répétées) restera dû jusqu'à la fin de l'année scolaire et sera facturé.

Fait le :

Signatures: