



DOSSIER D'INSCRIPTION

SERVICES PÉRISCOLAIRE ET EXTRA SCOLAIRE

RENTRÉE 2026-2027

Cher(s) parent(s),

Afin que la prochaine rentrée scolaire se déroule dans les meilleures conditions, nous vous invitons à compléter le dossier d'inscription ci-joint.

Ce document est à rendre avant le **20 JUILLET 2026**.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Mairie de Saint-Perreux : 02 99 71 19 81 - mairie-st-perreux@wanadoo.fr

Restaurant Scolaire : 06 77 58 80 02 - cantine-st-perreux@orange.fr

Garderie : 06 40 11 32 54 - garderiestperreux@orange.fr

ALSH : 06 77 25 67 43 - enfanceetjeunesse@wanadoo.fr

FEUILLE A JOINDRE AVEC LE DOSSIER :

❖ AUTORISATION AUX SOINS D'URGENCE

Je soussigne, Mr / Mme _____, autorisons les soins d'urgence,
en cas d'impossibilité de nous joindre, auprès de notre enfant *NOM / PRENOM*

_____ pour toutes mesures jugées nécessaires.

❖ AUTORISATION DE SORTIES / DÉPLACEMENTS

J'autorise mon enfant à participer à des sorties, nécessitant ou non un déplacement,
dans le cadre des activités péri et extra scolaires.

OUI ☐ NON ☐

❖ ATTESTATION DE CAF À FOURNIR - OBLIGATOIRE

L'actualisation de votre quotient familial CAF sera effectuée 2 fois par an **SEPTEMBRE / JANVIER**

Si pas d'attestation, le barème le plus élevé sera appliqué.

**Possibilité d'envoyer son attestation en cours d'année si changement, mais ne sera pas rétroactif.*

❖ AUTORISATION DE SORTIR SEUL(E)

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e).

OUI ☐ NON ☐

❖ AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

J'autorise mon enfant à être photographié dans le cadre pédagogique.

J'autorise que des photos de mon enfant soient diffusées sur les supports suivants :

- Réseaux sociaux et site internet de la commune
- Bulletin municipal
- Presse locale

OUI ☐ NON ☐

❖ MODALITÉS DE PAIEMENT

- Par mandat ou virement sur le compte courant postal du **Trésor Public de Redon** après avoir compléter **une autorisation de prélèvement accompagnée d'un RIB** (ci jointe à compléter)
- En espèces (dans la limite de 300 €) ou en carte bancaire, muni de l'avis des sommes à payer, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé (liste consultable sur www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite)
- Par chèque bancaire ou postal adressé au **Trésor Public de Redon** : veuillez joindre le talon détachable à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer.
- Sur internet en vous connectant sur www.payfip.gouv.fr et en saisissant les informations suivantes :
TIPI : 044758

❖ TARIFS

Quotient Familial	De 0 à 400	De 401 à 650	De 651 à 900	De 901 à 1150	1151 à 1400	1401 et +
Tarifs « COMMUNE » (et hors commune qui ont signé une convention de participation)						
Demi-journée	3.30€	3.60€	3.90€	4.20€	5€	6€
Journée	6.60€	7.20€	7.80€	8.40€	10€	12€
Tarifs « EXTERIEUR » Dont la commune de résidence a refusé la convention de participation financière						
Demi-journée	3.65€	3.90€	4.20€	4.45€	5.30€	6.30€
Journée	7.30€	7.80€	8.40€	8.90€	11.60€	12.60€
SORTIE	Supplément de +2€ sur les jours de sorties (piscine/cinéma/parc de loisirs...)					
Repas	TARIF « ENFANT » → 3.96€					
	TARIF « ENFANT EXTERIEURS » → 4.15€ Dont la commune de résidence a refusé la convention de participation financière					
Garderie	TARIF → 0.30€ le ¼ heure					
	TARIF → 0.35€ le ¼ heure Dont la commune de résidence a refusé la convention de participation financière					

❖ ATTESTATION

Je soussigné, ...

Responsable légal de l'enfant :

- Certifions avoir pris connaissance des règlements intérieurs des structures PÉRISCOLAIRES (Restaurant scolaire et Garderie) et EXTRASCOLAIRE (ALSH).

- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels

- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande

- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Fait-le : /.... /

Signature :



FICHE D'INSCRIPTION 2026-2027

ENFANT	
NOM :	PHOTO 
PRÉNOM :	
SEXE :	
DATE DE NAISSANCE :	
LIEU DE NAISSANCE :	
ECOLE :	
CLASSE :	

RESPONSABLE LÉGAL	
RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
PROFÉSSION :	PROFÉSSION :
SITUATION FAMILLE : <i>Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Pacs / Union libre</i>	SITUATION FAMILLE : <i>Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Pacs / Union libre</i>
DATE DE NAISSANCE :	DATE DE NAISSANCE :
TYPE : PERE / MERE / AUTRES (A PRECISER)	TYPE : PERE / MERE / AUTRES (A PRECISER)
ADRESSE :	ADRESSE :
COMMUNE :	COMMUNE :
EMAIL :	EMAIL :
TÉL. :	TÉL. :
PORTABLE :	PORTABLE :
TÉL. PRO :	TÉL. PRO :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE
ASSUREUR :
NUMÉRO :

PERSONNES A CONTACTER			
CONTACT 1		CONTACT 2	
NOM :		NOM :	
PRÉNOM :		PRÉNOM :	
TYPE : (A PRECISER)		TYPE : (A PRECISER)	
TÉL. :		TÉL. :	
PORTABLE :		PORTABLE :	
APPEL EN CAS D'URGENCE :	OUI / NON	APPEL EN CAS D'URGENCE :	OUI / NON
AUTORISÉ A RÉCUPÉRER L'ENFANT :	OUI / NON	AUTORISÉ A RÉCUPÉRER L'ENFANT :	OUI / NON

PERSONNES A CONTACTER			
CONTACT 3		CONTACT 4	
NOM :		NOM :	
PRÉNOM :		PRÉNOM :	
TYPE : (A PRECISER)		TYPE : (A PRECISER)	
TÉL. :		TÉL. :	
PORTABLE :		PORTABLE :	
APPEL EN CAS D'URGENCE :	OUI / NON	APPEL EN CAS D'URGENCE :	OUI / NON
AUTORISÉ A RÉCUPÉRER L'ENFANT :	OUI / NON	AUTORISÉ A RÉCUPÉRER L'ENFANT :	OUI / NON

PERSONNES A CONTACTER			
CONTACT 5		CONTACT 6	
NOM :		NOM :	
PRÉNOM :		PRÉNOM :	
TYPE : (A PRECISER)		TYPE : (A PRECISER)	
TÉL. :		TÉL. :	
PORTABLE :		PORTABLE :	
APPEL EN CAS D'URGENCE :	OUI / NON	APPEL EN CAS D'URGENCE :	OUI / NON
AUTORISÉ A RÉCUPÉRER L'ENFANT :	OUI / NON	AUTORISÉ A RÉCUPÉRER L'ENFANT :	OUI / NON

RESPONSABLE 1*		RESPONSABLE 2	
FAIT A :		FAIT A :	
DATE :		DATE :	
SIGNATURE :		SIGNATURE :	

*A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Joindre la copie du carnet de santé.

Document confidentiel

IDENTITÉ DU MINEUR :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐ FILLE ☐

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio ou DTP				BCG	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				Haemophilus	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : kg ; Taille : cm

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui ☐ non ☐

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 administré sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui ☐ non ☐ Précisez.....

SI OUI, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL PRÉCISANT LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS 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**.

.....

.....

.....

.....

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

PORT DE LUNETTES, DE LENTILLES, D'APPAREIL DENTAIRE OU AUDITIF, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, HYPERACTIVITÉ, HANDICAP, ETC...MERCI DE PRÉCISER.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RESPONSABLES DU MINEUR

⇒ **RESPONSABLE N°1** : NOM/PRÉNOM ...

.....

ADRESSE

.....

TÉL. FIXE DOMICILE ET/OU PORTABLE :

TÉL. TRAVAIL :

⇒ **RESPONSABLE N°2** : NOM/PRÉNOM

.....

ADRESSE

.....

TÉL. FIXE DOMICILE ET/OU PORTABLE :

TÉL. TRAVAIL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e) responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :