

Réceptionné par :
Le :
Saisi par :
Le :

DOSSIER A TRANSMETTRE AU SERVICE ENFANCE AVANT LE 27 JUILLET 2026

ENFANT	
Identité	
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Ecole :	
Classe :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE	
Nom de l'assureur :	
Numéro de police :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf
Date de naissance :	Date de naissance :
Ville de naissance :	Ville de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER			
Contact 1		Contact 2	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON
Contact 3		Contact 4	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires	
Bénéficiaire Aide aux Vacances (ATL / CAF) :	Oui / Non
Numéro CAF :	
Tranche Imposition (voir Annexe 4) :	A / B / C / D

INFORMATIONS MEDICALES		
Médecin	Téléphone	Spécialité

A - Allergies
<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON
Si OUI, lesquelles ?

B - Pratiques alimentaires
<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON
Si OUI, lesquelles ?

*Si OUI à l'une des questions A et/ou B : il est impératif de compléter un dossier de Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), disponible en mairie

Pratiques alimentaires
<input type="checkbox"/> AVEC VIANDE
<input type="checkbox"/> SANS VIANDE

Vaccins obligatoires			Vaccins recommandés		
	Fait le	Date rappel		Fait le	Date rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus b, Hépatite B			Tuberculose (BCG)		
Infections à Pneumocoque			Papillomavirus humains		
Méningocoque de sérogroupe C			Hépatite B		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)			Autre :		

Maladie	Date maladie	Observation

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

PORTAIL FAMILLE

Le portail famille est un outil internet accessible 24 heures /24 et 7 jours /7, vous permettant de gérer en autonomie les demandes de réservations et d'annulations des services périscolaires (cf. le règlement intérieur).

Je souhaite utiliser le portail famille :

OUI

1^{ère} demande de code d'abonné famille

NON

Dès validation de votre dossier d'inscription, votre **code abonné famille** vous sera transmis sur votre adresse mail accompagnée du guide utilisateur PORTAIL FAMILLE.

Les familles qui utilisaient ce service l'année précédente conservent les mêmes identifiants de connexion.

FACTURATION

Je souhaite effectuer le règlement de mes factures selon le mode ci-après (détaillé dans le règlement intérieur) :

Paiement en ligne via : www.payfip.gouv.fr

Prélèvement : [mandat de prélèvement SEPA](#) à compléter et à signer : ANNEXE n° 3

Chèque à établir à l'ordre de : [Régie cantine scolaire Saulxures](#)

Espèces : à encaisser auprès du service accueil MAIRIE

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- 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.

Responsable 1 (*)		Responsable 2 (*)	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement