

COMMUNE DE MOGNEVILLE

DOSSIER D'INSCRIPTION CANTINE PERISCOLAIRE DONT LES DEUX PARENTS TRAVAILLENT

Année scolaire 2026 / 2027

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---|
| ANNÉE 2026/2027 | | <i>Cadre réservé à l'administration</i> |
| Revenus : | | |
| Nombre d'enfants dans la famille : | | |
| PAI : <input type="checkbox"/> | SV : <input type="checkbox"/> | SP : <input type="checkbox"/> |

Renseignements concernant l'enfant :

NOM : Prénom :
Sexe : Date et lieu de naissance :
Age : Classe lors de la rentrée scolaire :

| | | |
|---|--|---|
| Dossier famille: <input type="checkbox"/> | Dossier maman : <input type="checkbox"/> | Dossier papa : <input type="checkbox"/> |
|---|--|---|

Responsables légaux de l'enfant :

PÈRE

NOM :
PRÉNOM :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE :
PROFESSION :
NOM DE L'EMPLOYEUR :
TEL. FIXE :
TEL. PORTABLE :
TEL. BUREAU :
@ :

MERE

NOM :
PRENOM :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE :
PROFESSION :
NOM DE L'EMPLOYEUR :
TEL. FIXE :
TEL. PORTABLE :
TEL. BUREAU :
@ :

ADRESSE MAIL A UTILISER POUR L'INSCRIPTION SUR PERISCOWEB :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : NUMERO DE CAF :

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE :

| | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| FICHE SANITAIRE 2026/2027 | L'enfant : Né(e) le à Age | PHOTO À agraffer |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|

Vaccinations

Fournir obligatoirement la photocopie des dates de vaccinations sur le carnet de l'enfant.
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication

Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Si oui, un **P.A.I** vous sera demandé. Pour la prise du traitement il faut obligatoirement :
l'ordonnance, l'autorisation parentale d'administration ainsi que le traitement dans son emballage
d'origine marqué au nom de l'enfant. Aucun médicament ne sera donné sans cela.

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

| | Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Oreillons | Coqueluche | Otite | Rougeole | Rhumatisme Articulaire Aigu |
|-----|---------|-----------|--------|------------|-----------|------------|-------|----------|--------------------------------|
| Oui | | | | | | | | | |
| Non | | | | | | | | | |

Besoins d'accueil spécifique :

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|
| Asthme: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Précisez : |
| Allergie alimentaire: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Précisez : |
| Allergie médicamenteuse: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Précisez : |
| Autre: | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Précisez : |

Si oui, un **P.A.I** vous sera demandé. Pour la prise du traitement il faut obligatoirement:
l'ordonnance, l'autorisation parentale d'administration ainsi que le traitement dans son emballage
d'origine marqué au nom de l'enfant. Aucun médicament ne sera donné sans cela.

Indiquez ci-dessous les éventuelles difficultés de santé (accident, crises, opérations...) ou recom-
mandations utiles (port de lunettes, semelles orthopédiques, appareil dentaire, (gouttière...)):

.....
.....

Régime alimentaire:

Mon enfant mange t-il de la viande ? Oui Non

Mon enfant mange t-il du porc ? Oui Non

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, autorise le
directeur et l'équipe d'animation de l'ALSH à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou
maladie de l'enfant (transport à l'hôpital ou chez le médecin, traitements médicaux, anesthésie et interven-
tion chirurgicale).

Nom, prénom :

Date:

Signature du responsable légal

AUTORISATION PARENTALE
2026/2027

(cochez la case) **Autorisations médicales :**

Oui

J'autorise le directeur et l'équipe d'animation de l'ALSH à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ou maladie de l'enfant (transport à l'hôpital ou chez le médecin, traitements médicaux, anesthésie et intervention chirurgicale).

Non

Activités, sorties, séjours :

Oui

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités, sorties et mini séjours organisés dans le cadre des accueils de loisirs.

Non

Transports :

Oui

J'autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés adaptés par l'organisateur pour les activités ou en cas d'accident (bus, transport en commun, voiture, minibus).

Non

Droit à l'image:

Oui

J'autorise le centre de loisirs à utiliser des photos/ vidéos de mon enfant, prise pendant les activités (périscolaire, mercredi et vacances) pour des activités de communication (plaquettes, site internet, affiches, etc.).

Non

Oui

J'autorise le centre de loisirs à utiliser des photos/vidéos de mon enfant, prise pendant les activités (périscolaire, mercredi et vacances) pour des expositions au centre de loisirs.

Non

Départ de l'enfant:

Oui

J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs (seulement pour les plus de 7 ans)

Non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre

| Nom et prénom | Téléphone | Lien de parenté |
|---------------|-----------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Note importante: Toute autre personne devra avoir une autorisation écrite signée du responsable légal. L'autorisation devra être envoyé à l'adresse mail : animation.mogneville@outlook.fr ou sous forme papier. En cas de litige concernant la garde de l'enfant, vous devez nous fournir une photocopie de la décision de justice.

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance de cette fiche et décharge l'équipe encadrante de toute responsabilité y étant liée.

Nom, prénom :

Date:

Signature du responsable légal

Pièce à fournir :

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Dossier |
| <input type="checkbox"/> | Avis d'imposition 2025 |
| <input type="checkbox"/> | Attestation de travail des deux parents ou dernier bulletin de salaire |
| <input type="checkbox"/> | Justificatif de domicile |
| <input type="checkbox"/> | Photocopie des vaccins |
| <input type="checkbox"/> | 1 photo d'identité |
| <input type="checkbox"/> | Assurance scolaire 2026/2027 (A ramener dès que possible) |
| <input type="checkbox"/> | PAI (protocole d'accueil individualisé si besoin) |

ATTENTION !
Tout dossier incomplet sera refusé

Informations à l'inscription :

- Le dossier est valable pour tous les accueils de la structure
- La réservation des accueils est obligatoire en plus du dossier d'inscription
- En cas de réinscription, aucun impayé ne doit être constaté
- L'inscription entraîne l'acceptation sans condition du règlement intérieur et des modalités administratives.

Centre de loisirs de Mogneville
03.44.73.60.13
animation.mogneville@outlook.fr

Inscriptions sur : <https://www.periscoweb.fr/Mogneville/>
Infos sur : <https://www.mairie-de-mogneville60.fr/>

Hors vacances scolaires:
07h30-08h30
11h30-13h20
16h30-19h00

Vacances scolaires:
07h30-09h00
09h00-17h00
17h00-19h00