

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

# Dossier d'inscription

RESTAURATION SCOLAIRE / ACCUEIL PÉRISCOLAIRE / PASS' TON MERCREDI  
ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

Ce document doit être déposé sur le portail famille, dans votre espace documents

En cas de garde alternée, merci de remplir 2 formulaires, un par parent.

NOM DE LA FAMILLE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

HENRI BARBUSSE

LOUIS ARAGON

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À JOINDRE AU DOSSIER :

- Copie du livret de famille (pages parents et enfants)
- Copie de la carte d'identité de l'enfant (si existante)
- Copie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'eau/gaz/électricité, quittance de loyer...)
- Copie de l'attestation de quotient familial CAF/MSA ou « l'avis de situation déclarative 2026 sur les revenus 2025 » valant justificatif des revenus (familles n'ayant pas de numéro CAF/MSA)
- Copie de l'attestation d'assurance 2026/2027 (scolaire et/ou extrascolaire)
- Copie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant
- Attestation(s) employeur(s) (obligatoire pour les enfants inscrits au Pass' ton Mercredi)

Parents séparés :

- Copie du jugement définissant la résidence de l'enfant ou, en l'absence de jugement, l'attestation sur l'honneur (signée par les deux parents, avec pièces d'identité des 2 parents).
- Attestation sur l'honneur pour les parents isolés
- Garde alternée : le calendrier fixant la résidence de l'enfant

Cas particuliers :

- Attestation MDPH (pour les enfants en situation de handicap)
- Dossier PAI (Projet d'accueil individualisé : qui précise les adaptations à apporter à la vie de l'enfant en collectivité)

Encadré réservé à l'administration



# Informations Famille

## Responsable légal (1)

Père       Mère       Autre (précisez)  
.....

**NOM ET PRÉNOM**

**ADRESSE COMPLÈTE**

CP ..... Ville .....

**TÉLÉPHONES**

.....  
Tél. portable ..... Tél. fixe (Domicile) .....

**SITUATION FAMILIALE**

Marié/Pacsé/Vie maritale       Divorcé/Séparé  
 Monoparentale/veuf(e) (fournir une attestation sur l'honneur)

**PROFESSION \***

**EMPLOYEUR \***

\* Renseignements obligatoires

Tél. professionnel .....

**ADRESSE MAIL\***

Obligatoire

Conjoint(e) si différent du responsable légal (2)

**NOM ET PRÉNOM**

**TÉLÉPHONE**

Tél. portable .....

## Responsable légal (2)

Père       Mère       Autre (précisez)  
.....

CP ..... Ville .....

.....  
Tél. portable ..... Tél. fixe (Domicile) .....

Marié/Pacsé/Vie maritale       Divorcé/Séparé  
 Monoparentale/veuf(e) (fournir une attestation sur l'honneur)

Tél. professionnel .....

Conjoint(e) si différent du responsable légal (1)

Tél. portable .....

## Informations facturation et payeur

### IDENTIFICATION DU PAYEUR :

Un seul choix possible

- Responsable légal 1  
 Responsable légal 2

### RÉCEPTION DES FACTURES :

Un seul choix possible

PAR MAIL       PAR COURRIER

A consulter sur votre espace personnel, du portail famille.

### QUOTIENT FAMILIAL :

Un seul choix possible

CAF : .....

MSA : .....

## Personne(s) de confiance

Un maximum de 3 contacts est demandé, en dehors du (des) parent(s) de l'enfant déjà mentionné(s) sur le dossier.

### 1<sup>er</sup> contact

**NOM/PRÉNOM**

**LIEN AVEC L'ENFANT**

**TÉLÉPHONES**

Tél. portable .....

Tél. domicile .....

Autorisé à récupérer l'enfant

À appeler en cas d'urgence

### 2<sup>ème</sup> contact

Tél. portable .....

Tél. domicile .....

Autorisé à récupérer l'enfant

À appeler en cas d'urgence

### 3<sup>ème</sup> contact

Tél. portable .....

Tél. domicile .....

Autorisé à récupérer l'enfant

À appeler en cas d'urgence

# Informations Enfant(s)

|                   | 1 <sup>er</sup> enfant   | 2 <sup>ème</sup> enfant  | 3 <sup>ème</sup> enfant  |
|-------------------|--|--|--|
| NOM               | .....  | .....  | .....  |
| PRÉNOM            | .....  | .....  | .....  |
| SEXE              | <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin |
| DATE DE NAISSANCE | .....  | .....  | .....  |
| ECOLE             | .....  | .....  | .....  |
| CLASSE            | .....  | .....  | .....  |

## Autorisations diverses

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>AUTORISE MON ENFANT À RENTRER SEUL (1)</b> | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>DROIT À L'IMAGE (2)</b>                    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <b>SOINS D'URGENCE (3)</b>                    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

(1) J'autorise la commune à laisser mon enfant rentrer seul.

(2) J'autorise la commune à photographier ou à filmer mon (mes) enfant(s) au cours des activités périscolaires ou extrascolaires, pour utilisation sur les différents supports de communication de la ville (site internet, guide pratique, bulletin municipal...).

(3) J'autorise la commune à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires (diagnostiquées par le médecin) pour la santé de mon (mes) enfant(s).

## Inscriptions aux services périscolaires

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <b>ACCUEIL PÉRISCOLAIRE</b>           | <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir   | <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir   | <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir   |
| <b>RESTAURATION SCOLAIRE</b>          | <input type="checkbox"/> Régulier<br>lundi   mardi   jeudi   vendredi<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Régulier<br>lundi   mardi   jeudi   vendredi<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Régulier<br>lundi   mardi   jeudi   vendredi<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| À PARTIR DU :                         | .....  | .....  | .....  |
| <b>RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER</b> | <input type="checkbox"/> Occasionnel<br>Repas sans porc   Repas sans viande   PAI avec panier repas*<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Occasionnel<br>Repas sans porc   Repas sans viande   PAI avec panier repas*<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Occasionnel<br>Repas sans porc   Repas sans viande   PAI avec panier repas*<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
|                                       | *si PAI, merci de compléter la rubrique renseignements médicaux  |  |  |
| <b>PASS' TON MERCREDI</b>             | <input type="checkbox"/> Régulier<br>journée complète   matin (avec repas / sans repas)   après-midi (avec repas / sans repas)<br><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Régulier<br>journée complète   matin (avec repas / sans repas)   après-midi (avec repas / sans repas)<br><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Régulier<br>journée complète   matin (avec repas / sans repas)   après-midi (avec repas / sans repas)<br><input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| À PARTIR DU :                         | .....  | .....  | .....  |
|                                       | <input type="checkbox"/> Occasionnel   | <input type="checkbox"/> Occasionnel   | <input type="checkbox"/> Occasionnel   |

## Informations sanitaires et vaccinations

|                         | 1 <sup>er</sup> enfant                                    | 2 <sup>ème</sup> enfant                                   | 3 <sup>ème</sup> enfant                                   |
|-------------------------|---|---|---|
| <b>MÉDECIN TRAITANT</b> | .....   | .....   | .....   |
| <b>ADRESSE</b>          | .....   | .....   | .....   |
| <b>TÉL</b>              | .....   | .....   | .....   |
| <b>VACCINS À JOUR*</b>  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

\*Fournir obligatoirement la copie des pages des vaccins du carnet de santé de l'enfant ou un certificat médical précisant que l'enfant est à jour de ces vaccins.

## Renseignements médicaux

|   | Pas de PAI                   | PAI alimentaire              | PAI non alimentaire      | Pas de PAI                   | PAI alimentaire              | PAI non alimentaire      | Pas de PAI                   | PAI alimentaire              | PAI non alimentaire      |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <b>PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) <sup>(5)</sup></b> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| <b>ALLERGIES <sup>(6)</sup></b>                               | à préciser                   |                              |                          | à préciser                   |                              |                          | à préciser                   |                              |                          |
| <b>MÉDICAMENTEUSE</b>   | <input type="checkbox"/>     | .....                        | .....                    | <input type="checkbox"/>     | .....                        | .....                    | <input type="checkbox"/>     | .....                        | .....                    |
| <b>ALIMENTAIRE</b>  | <input type="checkbox"/>     | .....                        | .....                    | <input type="checkbox"/>     | .....                        | .....                    | <input type="checkbox"/>     | .....                        | .....                    |
| <b>ASTHME</b>   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | .....                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | .....                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | .....                    |
| <b>AUTRES :</b>   | <input type="checkbox"/>     | .....                        | .....                    | <input type="checkbox"/>     | .....                        | .....                    | <input type="checkbox"/>     | .....                        | .....                    |
| <b>TRAITEMENT MÉDICAL <sup>(7)</sup></b>                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | .....                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | .....                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | .....                    |
| <b>DIFFICULTÉS ÉVENTUELLES DE SANTÉ <sup>(8)</sup></b>        | .....                        |                              |                          | .....                        |                              |                          | .....                        |                              |                          |
| <b>RECOMMANDATIONS UTILES <sup>(9)</sup></b>                  | .....                        |                              |                          | .....                        |                              |                          | .....                        |                              |                          |

(5) si oui, joindre obligatoirement le protocole au présent dossier.

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

(7) en cas de traitement médical (ponctuel ou régulier), joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

(8) indiquer les difficultés éventuelles de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...) en précisant les dates et précautions à prendre.

(9) informations que vous jugerez utiles à communiquer (port de lunettes, appareil dentaire, diabolos...).

## DÉCLARATIONS SUR L'HONNEUR

- Je soussigné(e), ..... certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des différents services périscolaires et en accepter les termes ;
- déclare exact l'ensemble des informations sur ma situation et mes revenus portés dans ce dossier. Je m'engage à signaler tout changement (situation familiale, professionnelle, quotient familial) intervenu en cours d'année, auprès du service accueil de la Mairie.

Fait à ..... le .....

Signature du responsable légal 1  
(précédée de la "mention lu et approuvé")

- Je soussigné(e), ..... certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des différents services périscolaires et en accepter les termes ;
- déclare exact l'ensemble des informations sur ma situation et mes revenus portés dans ce dossier. Je m'engage à signaler tout changement (situation familiale, professionnelle, quotient familial) intervenu en cours d'année, auprès du service accueil de la Mairie.

Fait à ..... le .....

Signature du responsable légal 2  
(précédée de la "mention lu et approuvé")

Toute fausse déclaration est passible de peine d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.