



DOSSIER D'INSCRIPTION  
SERVICES PÉRISCOLAIRES  
DEL'ACCUEIL COLLECTIF DE MINEUR  
Année Scolaire 2024/2025

**Le dossier est à remettre obligatoirement rempli et complet lors du rendez-vous**

**Prendre rendez-vous au 07 80 39 32 12**

CADRE RESERVÉ AU SERVICE	
Dossier saisi le	
<input type="checkbox"/> Complet	<input type="checkbox"/> Incomplet

Nom des parents	Noms des enfants	Prénoms des enfants	Classe 2024-2025

## INSCRIPTIONS (1 document par enfant si l'inscription est différente)

**Inscription régulière** (mon enfant fréquentera le périscolaire toute l'année)

Cochez les cases souhaitées dans le tableau ci-dessous.

	Prestations	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Date de début souhaité	
Inscription régulière	Accueil Matin						
	Restauration scolaire						
	Accueils 16h30-17h30	Animation Avec gouter					
		Etude surveillée (Places limitées)	Cp/Ce1	Ce2/cm1	Cm2	/	A partir du 16/09/2024
	Sport (Limité à 1 fois /semaine)					A partir du 02/09/24	
Accueil soir Echelonné 17h30-18h30							

**Mon enfant fréquentera le périscolaire de manière occasionnel ou suivant planning**

- Inscriptions via **le portail famille** : Accès individualisé avec un code d'accès personnel et sécurisé envoyé par la directrice de l'ACM

Où

- Inscriptions par mail : [periscolaire@saint-paul-les-romans.fr](mailto:periscolaire@saint-paul-les-romans.fr) chaque fin de mois pour le mois suivant.

**Les modifications occasionnelles** sont à faire deux jours avant la date souhaitée voir règlement sous peine d'être surfacturées.

**Toutes absences** doivent être signalées par téléphone ou mail le jour même au service Périscolaire : [periscolaire@saint-paul-les-romans.fr](mailto:periscolaire@saint-paul-les-romans.fr) / tel : **04 75 45 04 62**

**En cas de maladie** merci d'informer la durée de l'absence de l'enfant et de fournir un certificat médical en retour.

## FICHE DE RENSEIGNEMENT (1 par famille)

### PARENTS

PARENTS				
	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Tuteur-Famille d'accueil	
<b>Nom Prénom</b>				
<b>Adresse domicile</b>				
<b>Tél domicile</b>				
<b>Autorisation communication par sms</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>Tél Portable</b>				
<b>Tél Professionnel</b>				
<b>Adresse Mail</b>				

En cas de divorce ou de séparation des parents, indiquer qui a la charge de l'enfant :

<input type="checkbox"/> Responsable légal 1	<input type="checkbox"/> Responsable légal 2	<input type="checkbox"/> Tuteur-Famille d'accueil
--	--	---

En cas de garde alternée

Semaine paire	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère
Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère

Charge financière de l'enfant : (destinataire des factures des services périscolaires)

<input type="checkbox"/> Responsable légal 1	<input type="checkbox"/> Responsable légal 2	<input type="checkbox"/> Tuteur-Famille d'accueil
--	--	---

### AUTRES RENSEIGNEMENTS

<b>Assurance Responsabilité civile</b> A joindre au dossier d'inscription au plus tard à la rentrée	
<b>N° contrat d'assurance</b>	
<b>Régime allocataire</b>	<input type="checkbox"/> Coef CAF <input type="checkbox"/> CAF MARITIME <input type="checkbox"/> MSA
<b>N° allocataire</b>	
<b>Quotient Familial</b>	

## AUTORISATIONS PARENTALES (1 par famille)

Je soussigné(e) Mme/M .....responsable légal de(s) (l')enfant(s) mentionné(s) dans le tableau suivant et autorise la commune de Saint Paul les Romans, à :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PHOTOGRAPHIE/FILMER/ <i>(bulletin municipal, site internet, presses, tableau affichage) :</i>	Quitter seul la structure	Être hospitalisé
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Personnes autorisées à venir chercher mon ou mes enfant(s) ou à être contactées en cas d'urgence

<b>PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES À RÉCUPERER MON ENFANT (obligatoire)</b>			
Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

J'accepte de recevoir par SMS		Facturation	
<b>Les informations scolaires et périscolaires</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Facture par mail</b>	_____@_____
<b>Les informations sur les activités de la commune</b> <i>(Évènements, manifestations, associations, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Mode de paiement</b>	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> En ligne  <input type="checkbox"/> Par prélèvements <b>(Joindre un RIB)</b>

Je certifie l'exactitude des renseignements de cette fiche et m'engage à signaler par écrit tout changement relatif à l'inscription de mon/mes enfant(s)

Le

Signature du responsable légal

## Fiche enfant Péri-scolaire (1 fiche par enfant)

NOM :	PRENOM :	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE :		COMMUNE :	
Bénéficiaire L'AEH (MDPH) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ECOLE :	ENSEIGNANT	CLASSE :

### RENSEIGNEMENT MEDICAUX ET REGIMES ALIMENTAIRE

**Repas :**       Classique       Végétarien (Poissons/œufs/produits laitier)

PAI (Projet d'accueil individualisé pour les enfants atteints d'allergies)

Alimentaire    Autre (à mettre en place avec le médecin scolaire et/ou avec le directeur du service péri-scolaire)

### VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de L'Enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT POLIO				BCG	
Ou Tétra coq				Autres (Préciser)	
				Autres (Préciser)	

### MALADIES INFANTILES (L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES)

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**ALLERGIES :** ASTHMES :  Oui  Non    MÉDICAMENTEUSES :  Oui  Non    AUTRES :  Oui  Non

**\*ENFANT A BESOIN PARTICULIER**     Oui     Non

→ **\*Prise de rendez- vous avec la directrice du service péri-scolaire → évaluation d'une éventuelle mise en place d'un protocole adapté**

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT ET N° DE TELEPHONE :

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, etc...

.....

.....

Le règlement des services périscolaires est consultable et/ou téléchargeable sur le site de la commune : [www.saint-paul-les-romans.fr](http://www.saint-paul-les-romans.fr) ou sur [le portail famille](#)

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé sous la responsabilité de Gérard Lunel, Maire de Saint-Paul-les-Romans pour les inscriptions périscolaires. Elles sont conservées pendant 10 ans et destinées au logiciel ICAP.*

*Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : [education@saint-paul-les-romans.fr](mailto:education@saint-paul-les-romans.fr)*

Je soussigné(e) Mme, M. .... déclare avoir pris connaissance  
du/des règlement(s) intérieur(s) des services périscolaires et en accepter les modalités.

Le ..... /..... /.....

**Signatures des responsables légaux**

*Précédées de la mention « lu et approuvé »*

### PIÈCES À FOURNIR

- Le dossier d'inscription complété
- Fiche enfant : Vaccinations à jour du carnet de santé ou photocopie
- Justificatif QF familial de la CAF/CAF Maritime/MSA
- Un RIB : Si prélèvement automatique
- L'assurance responsabilité civil de l'enfant
- Si votre enfant bénéficie d'un PAI : ordonnance ou document PAI

Mairie de Saint-Paul-lès-Romans – Service Périscolaire – 50 Rue du colombier – 26750 SAINT PAUL LES ROMANS

Tel : 04.75.45.05.32 -Mail : [periscolaire@saint-paul-les-romans.fr](mailto:periscolaire@saint-paul-les-romans.fr) - Site internet : [www.saint-paul-les-romans.fr](http://www.saint-paul-les-romans.fr)