



DOSSIER D'INSCRIPTION  
SERVICES PÉRISCOLAIRES  
PREMIERE INSCRIPTION  
Année Scolaire 2026/2027

**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	
<b>Dossier saisi le</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Complet</b>	<input type="checkbox"/> <b>Incomplet</b>

Nom des parents	Noms des enfants	Prénoms des enfants	Classe 2026-2027

## FICHE DE RENSEIGNEMENT (1 par famille)

### PARENTS

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

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

### AUTRES RENSEIGNEMENTS

<b>ASSURANCE RESPONSABILITE SCOLAIRE (Individuelle accident) A joindre au dossier d'inscription au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre</b>	Nom de la compagnie : N° de contrat :
<b>REGIME ALLOCATAIRE</b>	<input type="checkbox"/> Coef CAF <input type="checkbox"/> CAF MARITIME <input type="checkbox"/> MSA Quotient Familial : N° allocataire :

## AUTORISATIONS PARENTALES (1 par famille)

J'autorise les personnes désignées ci-dessous à récupérer mon ou mes enfant(s) mentionné(s) dans le tableau suivant

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

J'autorise mon ou mes enfant(s) désigné(s) ci-dessous

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PHOTOGRAPHIE/FILME/ <i>(Bulletin municipal, site internet, presses, tableau affichage) :</i>	Quitte seul la structure	Soit 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

## FACTURATION (1 par famille)

<b>J'accepte de recevoir par Mail</b>	<b>Facturation</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 70%;"> <b>Les informations scolaires et périscolaires</b> </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> OUI  <input type="checkbox"/> NON           </div> </div>	<input type="checkbox"/> <b>Facture par mail</b> _____ @ _____ <input type="checkbox"/> <b>Facture par Courrier</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 70%;"> <b>Les informations sur les activités de la commune</b>  <i>(Évènements, manifestations, associations, etc.)</i> </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> OUI  <input type="checkbox"/> NON           </div> </div>	<p style="text-align: center;"><b><u>MODE DE PAIEMENT</u></b></p> <input type="checkbox"/> En ligne <input type="checkbox"/> Par prélèvements ( <b>Joindre SEPA</b> )

## Fiche Sanitaire (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	<b><u>Personne à prévenir en cas d'urgence :</u></b> <b><u>Lien de parenté :</u></b> <b><u>Numéro de téléphone :</u></b>		

### RENSEIGNEMENT MEDICAUX ET REGIMES ALIMENTAIRES

<b><u>Repas :</u></b>	<input type="checkbox"/> Classique	<input type="checkbox"/> Végétarien (Poissons/œufs/produits laitier)
PAI (Projet d'accueil individualisé pour les enfants atteints d'allergies)		
<input type="checkbox"/> Alimentaire <input type="checkbox"/> Autre (à mettre en place avec le médecin scolaire et/ou avec le directeur du service périscolaire)		

### VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Se référer au carnet de santé de L'enfant)

Diphtérie Tétanos Poliomyélite	1 <sup>re</sup> injection Le	Méningocoque Type A,B,C,W et Y	Le
	Rappel 6 ans Le		
Haemophilus influenzae type B	Le	ROR Rubéole-Oreillons-Rougeole	Le
Coqueluche	Le	Hépatique B	Le
Pneumocoque	Le		

### 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	ROUGEOLE <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
--	--	---	---	---

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

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

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

**COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :**

M ou Mme

Téléphone :

# INSCRIPTIONS

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](#)

**Inscription régulière** (mon enfant fréquentera le périscolaire toute l'année)  
Cochez les cases souhaitées dans le tableau ci-dessous.

Prestations		Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	A partir du
<b>Périscolaire Maternelle</b>						
<b>Accueil Matin</b>						
<b>Restauration scolaire</b>						
<b>Atelier avec goûter</b> 16h30-17h25						
<b>Accueil soir Echelonné</b> 17h30-18h30						
<b>Périscolaire Élémentaire</b>						
<b>Accueil Matin</b>						
<b>Restauration scolaire</b>						
Accueils 16h30-17h30	<b>Atelier artistique Avec goûter</b>					
	<b>Atelier Sportif</b>					A partir du 02/09/26
	<b>Etude surveillée</b> (Places limitées)	<b>Cp/Ce2</b>	<b>Ce1/Cm1</b>	<b>Cm2</b>		A partir du 7/09/2026
<b>Accueil soir Echelonné</b> 17h30-18h30						

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

Inscriptions via [le portail famille](#) : Accès individualisé avec un code d'accès personnel et sécurisé envoyé par Mail.

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

**Toutes les modifications** d'inscriptions et de désinscriptions sont à faire avant le jeudi 8h pour la ou les semaine(s) suivante(s).

**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 dans les 8 jours.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé sous la responsabilité de M BOS Pascal, 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. Je certifie l'exactitude des renseignements donnés, et m'engage à signaler par écrit tout changement relatif à l'inscription de mon enfant**

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

**Signatures des responsables légaux**

*Précédées de la mention « lu et approuvé »*

### **PIÈCES À FOURNIR**

- Le dossier d'inscription dûment complété
- Photocopie du carnet de santé
- Justificatif QF familial de la CAF/CAF Maritime/MSA
- L'autorisation SEPA : Si prélèvement automatique
- L'assurance scolaire (individuelle accident et responsabilité civile)
- 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 : [education@saint-paul-les-romans.fr](mailto:education@saint-paul-les-romans.fr) - Site internet : [www.saint-paul-les-romans.fr](http://www.saint-paul-les-romans.fr)