



# FICHE FAMILIALE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES - ANNÉE SCOLAIRE 2025 / 2026 SAINT MICHEL LE CLOUCQ – ECOLE DE LA FONTAINE



En cas de garde alternée, il faudra fournir un dossier par parent

**LA FICHE NE SERA PAS TRAITEE SI TOUTES LES RUBRIQUES NE SONT PAS IMPERATIVEMENT RENSEIGNEES**  
*LE RENOUELEMENT DES DOSSIERS EST OBLIGATOIRE A CHAQUE RENTREE SCOLAIRE*

### Cadre réservé à l'administration

Montant QF : ..... Prlvmt : *oui / non* Semaines P/ I : ..... Repas J1 : .../.../....  
 Tranche QF : ..... Ass RC : .../.../.... Ass IA : .../.../.... Maphav : *oui / non*  
 Sortir seul : *oui / non* Bus : *oui / non* Droit image : *oui / non* Rgltm signé : *oui / non*  
 Santé/PAI/allergie/ss porc : ..... Vaccins à jour : *oui / non*

### ENFANT(S) SCOLARISE(S) concerné (s) par l'inscription :

| NOM | Prénom | Sexe G-F | Né(e) le :      | Classe<br>(Septembre 2025) |
|-----|--------|----------|-----------------|----------------------------|
|     |        |          | _ _ / _ _ / _ _ |                            |
|     |        |          | _ _ / _ _ / _ _ |                            |
|     |        |          | _ _ / _ _ / _ _ |                            |

**PERSONNES AUTORISEES** à venir chercher l'enfant : (inscrire au moins une personne autre que les parents, que l'on puisse joindre facilement en cas de besoin, Indiquer par ordre de priorité, ne pas oublier les grand.e.s frères et sœurs)

- ① - NOM : ..... Prénom(s) : .....  
 Lien avec l'enfant : ..... Commune de résidence : .....  
 Téléphone domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 À appeler en cas d'urgence  Autorisé à venir récupérer l'enfant
- ② - NOM : ..... Prénom(s) : .....  
 Lien avec l'enfant : ..... Commune de résidence : .....  
 Téléphone domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 À appeler en cas d'urgence  Autorisé à venir récupérer l'enfant
- ③ - NOM : ..... Prénom(s) : .....  
 Lien avec l'enfant : ..... Commune de résidence : .....  
 Téléphone domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 À appeler en cas d'urgence  Autorisé à venir récupérer l'enfant

### SERVICES PERISCOLAIRES :

|                     | LUNDI                    | MARDI                    | JEUDI                    | VENDREDI                 | EXCEPTIONNEL             | JAMAIS                   |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| RESTAURANT SCOLAIRE | <input type="checkbox"/> |
| ACCUEIL PERI MATIN  | <input type="checkbox"/> |
| ACCUEIL PERI SOIR   | <input type="checkbox"/> |
| TRANSPORT SCOLAIRE  | <input type="checkbox"/> |

Préciser pour le restaurant scolaire, la date du premier repas (rentrée le lundi 1<sup>er</sup> septembre 2025) : .....

Préciser si régime alimentaire particulier (exemple sans porc) : .....

### AFFILIATION DES ENFANTS AU REGIME SECURITE SOCIALE :

Rattachement du (ou des) enfant(s) :

- CAF Vendée  MSA  CAF autre dpt  Autre régime  Rien

Montant du QF : ..... N° d'allocataire : ..... Nom d'allocataire : .....

Pour la tarification sociale, merci de fournir un justificatif (Attestation CAF ou à défaut le dernier avis d'imposition).

Si changement caf en cours d'année, préciser changement et fournir justificatif. Pas d'effet rétroactif possible.

- FACTURATION :**  Responsable 1, Nom : ..... Prénom : .....  
 Prélèvement automatique ou  Chèque en trésorerie, CB via Payfip ou Espèce / CB chez un buraliste habilité  
 Responsable 2, Nom : ..... Prénom : .....  
 Prélèvement automatique ou  Chèque en trésorerie, CB via Payfip ou Espèce / CB chez un buraliste habilité

Préciser si semaines paires et impaires

*En cas de prélèvement automatique, fournir le nouveau RIB + mandat SEPA uniquement si changement (téléchargeable sur le site internet)*

## RESPONSABLES LÉGAUX :

### RESPONSABLE 1 - AUTRE RESPONSABLE LÉgal (PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE) :

Nom d'usage : ..... Prénom(s) : .....  
Adresse : .....  
Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : .....  
Téléphone domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone travail : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Téléphone portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Profession : .....  
Mail : ..... Autorité parentale : Oui  Non

### RESPONSABLE 2 - AUTRE RESPONSABLE LÉgal (PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE) :

Nom d'usage : ..... Prénom(s) : .....  
Adresse : .....  
Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : .....  
Téléphone domicile : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone travail : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Téléphone portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Profession : .....  
Mail : ..... Autorité parentale : Oui  Non

## RESPONSABILITÉ CIVILE / ASSURANCE :

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel.

Responsabilité civile : Oui  Non  Individuelle accident : Oui  Non   
Numéro de police : ..... Numéro de police : .....  
Compagnie d'assurance : ..... Compagnie d'assurance : .....  
Numéro de téléphone : ..... Numéro de téléphone : .....  
Date d'échéance : ..... Joindre une attestation d'assurance à la mairie (prévoir un double pour l'école).

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES : (sur lesquelles les responsables légaux souhaitent attirer l'attention de la collectivité)

Situation particulière (semaines paires ou impaires pour parents séparés, placement en famille d'accueil, troubles de comportement, ou garde exclusive par exemple) : .....

## AUTORISATIONS :

- Autorise mon(mes) enfant(s) ..... (plus de 8 ans)  à quitter l'école seul à 16h30  
 à quitter seul l'accueil périscolaire à .....h.....
- Autorise la diffusion de photographies sur lesquelles figure mon(mes) enfant(s).  
Cette autorisation est valable : pour l'édition de documents de nature pédagogique, pour des expositions relatives à l'accueil, pour les journaux d'information locale, pour la publication sur le site internet de la commune ou sur son Facebook.
- Autorise mon(mes) enfant(s) à se rendre à la Maphav dans le cadre des activités de l'accueil périscolaire.
- Autorise le personnel d'encadrement des services municipaux à faire soigner mon(mes) enfant(s), à faire pratiquer toute intervention d'urgence, à le(les) faire transporter à l'hôpital du secteur par les services de secours.

Merci d'apposer la signature des 2 responsables

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légal 2 :

## ENGAGEMENT :

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant désignés ci-dessus, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche, approuvons après en avoir pris connaissance l'ensemble des dispositions des règlements intérieurs portés à notre connaissance et demandons l'inscription aux services périscolaires de la commune de Saint Michel le Cloucq de cet (ces) enfant(s) selon les modalités définies dans ce document. Nous nous engageons à informer la commune de tout changement en cours d'année scolaire. Nous autorisons la Mairie à consulter nos données ressources en se connectant au service « Mon Compte Partenaire » CAF, en utilisant notre numéro d'allocataire. Nous reconnaissons avoir été informé que les données personnelles recueillies nous concernant ne seront utilisées que pour mener à bien nos demandes. Nous acceptons que les données personnelles fournies soient utilisées et conservées selon la réglementation, dans ce cadre.

Fait à ....., le .....

(Précédé de la mention manuscrite "Lu et approuvé, bon pour accord")

Merci d'apposer la signature des 2 responsables.

Responsable 1

Responsable 2