



**DOSSIER D'INSCRIPTION - ACCUEIL PERISCOLAIRE**  
**Année scolaire 2023/2024**

**I - RECOMMANDATIONS IMPORTANTES**

Le dossier de demande d'inscription doit comporter :

- a) La présente demande dûment remplie pour chaque enfant inscrit
- b) Une copie des pages « vaccinations » du carnet de santé de l'enfant
- c) Une copie de l'attestation d'assurance scolaire/extra-scolaire (ou Responsabilité Civile) pour l'année scolaire 2023/2024
- d) Le formulaire d'autorisation de droit à l'image
- e) Si non allocataire CAF = une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2023 concernant les revenus de l'année 2022

**II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom, prénom de l'enfant : ..... Né-e le : .....

Ecole : ..... Classe : ..... Enseignant-e : .....

- Régime alimentaire :
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Repas standard                          | <input type="checkbox"/> Végétarien (ni viande ni poisson) |
| <input type="checkbox"/> Sans viande (peut consommer du poisson) | <input type="checkbox"/> Sans porc                         |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....                |  |

Allergie alimentaire\* : .....

\* un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) doit être mis en place à la rentrée. Après examen de la situation par les responsables du Service Périscolaire, il pourra vous être demandé de fournir un panier repas pour assurer la sécurité de votre enfant.

La résidence principale de l'enfant se situe-t-elle dans une commune extérieure à Phalsbourg ? Oui  Non

**Réservé au secrétariat**

Pièces à fournir :

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Photocopie vaccins                    | <input type="checkbox"/> |
| Attestation d'assurance               | <input type="checkbox"/> |
| Autorisation de droit à l'image       | <input type="checkbox"/> |
| Certificat médical (si allergie)/ PAI | <input type="checkbox"/> |
| Avis d'imposition 2023 (si non CAF)   | <input type="checkbox"/> |

Règlement :

- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Prélèvement | <input type="checkbox"/> |
| CESU        | <input type="checkbox"/> |

### III - DEMANDE ET ENGAGEMENT (à remplir et à signer par le/la responsable légal-e)

J'ai l'honneur de demander en faveur de mon enfant .....  
l'admission à l'accueil périscolaire et/ou au restaurant d'enfants de Phalsbourg :

1) Inscription annuelle régulière : (à partir du .....)

<input type="checkbox"/> <b>Accueil</b>		Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
	Matin 07h15 - 08h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soir 16h15 - 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> <b>Midi</b>	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mercredi**

- Matin 07h15 - 09h00
- Matin 09h00 - 12h00
- Midi
- Après-midi 14h00 - 18h30

2) Inscriptions irrégulières et occasionnelles :

Veuillez remplir une fiche hebdomadaire ou mensuelle (disponible au bureau de l'Accueil Périscolaire)

Je m'engage :

- à honorer le montant de la facture mensuelle à l'échéance prévue.
- à prévenir **par écrit** en temps utile l'Accueil Périscolaire si mon enfant devait cesser de fréquenter l'activité à laquelle il/elle est inscrit-e.

Je n'autorise sous aucun prétexte mon enfant à quitter l'accueil pendant les heures de fonctionnement, sauf en cas de situation particulière (soutien scolaire, activités sportives, ...) à signaler par écrit à la direction du Service.

J'autorise mon enfant\* à rentrer seul-e à la fin des activités périscolaires :  OUI  NON

Si NON, nom(s) de la (ou des) personne(s) **majeures** susceptible(s) de venir chercher mon enfant :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° téléphone

\*Rappel : les enfants d'âge de classe maternelle doivent **obligatoirement** être récupérés par les parents ou personnes nommément autorisées.

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extra scolaire.

Nom et adresse de l'assureur : .....

Recommandations particulières :

**IV - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE DE L'ENFANT**

Responsable légal-e de l'enfant : .....

***S'il y a plusieurs enfants concernés, ne remplir ce cadre qu'une fois.***

Situation familiale du foyer dans lequel vivent le/les enfant-s	
<input type="checkbox"/> Marié-es <input type="checkbox"/> Concubinage/Pacsé-es <input type="checkbox"/> Recomposée	<input type="checkbox"/> Séparé-es <input type="checkbox"/> Divorcé-es
<input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre :	
Père / Beau-père / Tuteur	Mère / Belle-mère / Tutrice
NOM (en lettres majuscules)	NOM (en lettres majuscules)
NOM de naissance (si mariage) :	NOM de naissance (si mariage) :
Prénoms :	Prénoms :
Relation à l'enfant : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Tuteur Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Relation à l'enfant : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Tutrice Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Adresse :  CP :                      Ville :  Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :  E-mail :	Adresse :  CP :                      Ville :  Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :  E-mail :
Profession :	Profession :
Travaille pour son compte                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pour le compte d'un employeur                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>Préciser, dans ce cas, le nom et l'adresse de l'employeur (indispensable) :</b>  En recherche d'emploi                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Travaille pour son compte                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pour le compte d'un employeur                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>Préciser, dans ce cas, le nom et l'adresse de l'employeur (indispensable) :</b>  En recherche d'emploi                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
N° Sécurité Sociale :	N° Sécurité Sociale :
Bénéficiaire du versement des prestations familiales par la CAF :                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire du versement des prestations familiales par la CAF :                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
N°allocataire CAF :	N°allocataire CAF :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.  
 Je certifie sur l'honneur les renseignements donnés dans ce formulaire.

Fait à ..... le .....

Signature :

# Fiche sanitaire

## de liaison

### 1 - Enfant

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Garçon  Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles à l'accueil de votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du CASF). Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle doit être réactualisée chaque année.

### 2 - Vaccinations - Fournir une copie des pages "vaccinations" du carnet de santé

Repères calendrier dernier rappels : 18 mois – entre 11 et 13 ans – 25 ans ...etc...

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant

Vaccins obligatoires Enfants nés à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2018	Nom du vaccin	Date du dernier rappel
Diphtérie + tétanos + poliomyélite + coqueluche + l'infection à Haemophilus influenzae b + l'hépatite B + méningocoque C, + pneumocoque, + rougeole + oreillons + rubéole		
Vaccins obligatoires Enfants nés avant 2018	Nom du vaccin (Revaxis, Infanrixquinta...)	Date du dernier rappel
DT Polio (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)		

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

### 3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

Poids : ..... Taille : ..... (en cas d'urgence)

L'enfant suit-il/elle un **traitement médical** pendant le séjour ? Non  Oui

Si **oui**, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants.

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, avec la notice, marquées au nom de l'enfant).

**Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

### Médecin traitant

Nom : ..... Tel : .....  
Adresse : .....

### ASTHME :

Non  Oui

### ALLERGIES :

- Alimentaires Non  Oui  à : .....  
- Médicamenteuses Non  Oui  à : .....  
- Autres (animaux, plantes, pollen) Non  Oui  à : .....

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.  
Si automédication, le signaler.

**AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) - Précisez les dates et les précautions à prendre :

Votre enfant bénéficie-t-il/elle d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? Non  Oui   
Si oui, prendre rendez-vous avec l'équipe de direction de l'accueil

### 4 - Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, difficultés particulières...

### 5 - Responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tel : ..... Tel (Lieu de travail) : .....

Je soussigné-e, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/la responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



## SERVICE PERISCOLAIRE – Ville de Phalsbourg

### AUTORISATION DE REPRODUCTION ET D'UTILISATION GRACIEUSE DE PHOTOGRAPHIES ET/OU DE VIDEOS D'UNE PERSONNE MINEURE

**Entre : Le Service Péricolaire de la Ville de Phalsbourg**, dénommé ci-après « le Service Péricolaire », d'une part, et

(Nom Prénom)

(Nom Prénom)

.....

.....

Demeurant

Demeurant

.....

.....

.....

.....

*Dénotmé-es ci-après "Les représentants légaux " d'autre part*

Représentants légaux de l'enfant

Nom : ..... Prénom .....

Né-e le ...../...../ ..... à .....

*Dénotmé-e ci-après « L'enfant »*

#### **Article 1 : Cession des droits**

Par la présente convention, les représentants légaux autorisent à titre gracieux le Service Péricolaire à fixer et à reproduire l'image de l'enfant, ainsi qu'à la modifier et à l'utiliser pour toute action de promotion du service. La présente autorisation s'applique à tous supports (écrit, électronique et audio-visuel). Le Service Péricolaire s'engage, conformément aux dispositions légales en vigueur relatives au droit à l'image, à ce que la publication et la diffusion de l'image de l'enfant ainsi que des commentaires l'accompagnant ne portent pas atteinte à la vie privée, à la dignité et à la réputation de l'enfant.

En conséquence, les représentants légaux autorisent le Service Péricolaire à fixer, reproduire, communiquer les photographies et vidéos réalisées dans le cadre de la présente convention. Les photographies et vidéos pourront être reproduites, en partie ou en totalité, sur tout support (papier, numérique, vidéo, etc.) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations, etc.) connu et à venir.

Le Service Péricolaire s'interdit expressément une exploitation des photographies et vidéos susceptibles de porter atteinte à la vie privée de l'enfant. Ni nom, ni adresse de l'enfant n'apparaîtront à l'image.

#### **Article 2 : Durée et territoire d'application de la convention**

La cession des droits est consentie pour une exploitation sans restriction de territoire, et pour une durée de dix ans. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les représentants légaux bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui concernant l'enfant. Pour exercer ce droit et obtenir communication des informations concernant l'enfant, elles peuvent adresser leur demande par écrit au Service Péricolaire, à l'adresse suivante :

Service Péricolaire - Place d'Armes - 57370 PHALSBOURG

Fait en deux exemplaires originaux à ..... le ...../...../.....

Signature **des deux parents** ou des représentants légaux, précédées de la mention « Accepte la présente cession gracieuse des droits à l'image de mon enfant »

Signature

Signature

En cas de refus de votre part d'accorder la présente autorisation, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner le document en cochant et signant uniquement la partie ci-dessous, afin de nous permettre d'identifier clairement les cas de refus et les simples retards dans le retour du formulaire.

Je déclare **m'opposer** à la fixation et à la reproduction de l'image de l'enfant désigné-e ci-dessus

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature



## SERVICE PERISCOLAIRE VILLE DE PHALSBOURG

### INFOS - CONTACTS

**Secrétariat Service Péricolaire :** 2 rue de l'Hôpital – 57370 Phalsbourg



**03 87 24 19 74** (*matin uniquement*)



**periphalsbourg @ orange.fr**

- **Annulation repas** : les repas devront être annulés **la veille avant 9 h** (*repas facturé si non respecté*)
- En cas d'absence imprévue, prévenir le bureau le jour même **avant 8 h 15** (de préférence par mail)
- Mercredi Loisirs : modification le **mardi matin avant 9 h**
- Dépôt planning
  - . hebdomadaire : le **jeudi matin avant 9 h** pour la semaine suivante
  - . mensuel : **avant le 25 du mois** pour le mois suivant
  - . rentrée scolaire après petites vacances : le **jeudi matin avant 9 h** avant les vacances
- Absence de l'enfant à signaler quel que soit le motif
- Règlement intérieur et menu de la semaine consultables sur le site de la **Ville de Phalsbourg**



**www.phalsbourg.fr**

- Secrétariat fermé pendant les vacances scolaires

### **Contacts équipe d'animation périscolaire** (*en cas d'urgence*)

#### Phalsbourg Centre

Ecole grise	06 07 44 15 77
Ecole rose	06 73 02 40 41
La Marelle	06 80 40 75 34
Bus	06 77 68 14 01

#### Trois-Maisons

Primaire	06 73 02 75 32
Maternelle	06 08 70 48 68