



MAIRIE DE SAINT MICHEL L'OBSERVATOIRE LINCEL
PRÉ - INSCRIPTION CANTINE/PERISCOLAIRE/EXTRASCOLAIRE
FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

ÉLÈVE
Nom de famillePrénom
Né(e) le/...../..... Lieu de naissance Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin Age :
Adresse Code postale Ville
Classe

REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur
Nom de famille	Nom de famille
Nom d'usage	Nom d'usage
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse (si différente)
Courriel	Courriel
Tel domicile	Tel domicile
Mobile	Mobile
Travail	Travail
Profession	Profession
Responsable légal : oui/non	Responsable légal : oui/non
Situation familiale : célibataire/en couple/séparé/divorcé	

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT		
Lien avec l'élève		
A contacter en cas d'urgence ☐	Autorisé (e) à venir chercher l'élève ☐	
Nom de famille	Nom d'usage	
Prénom		
Tel domicile	Mobile	Travail
Lien avec l'élève		
A contacter en cas d'urgence ☐	Autorisé (e) à venir chercher l'élève ☐	
Nom de famille	Nom d'usage	
Prénom		
Tel domicile	Mobile	Travail
Lien avec l'élève		
A contacter en cas d'urgence ☐	Autorisé (e) à venir chercher l'élève ☐	
Nom de famille	Nom d'usage	
Prénom		
Tel domicile	Mobile	Travail

AUTORISATION DES PARENTS / RESPONSABLE LÉGAL

Nous autorisons la communication de nos coordonnées (numéro téléphone mobile et adresse courriel) pour recevoir des informations d'actualité ou d'urgence par mail et sms ☐ OUI ☐ NON

J'autorise la publication de tous les supports de communication (photos, films) réalisés lors des activités municipales sur lesquels apparaît mon enfant ☐ OUI ☐ NON

En cas d'urgence médicale, j'autorise l'appel au médecin de la commune, Docteur RAIMOND et le transfert de mon enfant vers l'hôpital ☐ OUI ☐ NON

ASSURANCES ENFANT

Numéro Sécurité Sociale :

Numéro CAF :

Numéro MSA :

Compagnie Assurance RC et numéro de contrat :

QUOTIENT FAMILIAL (joindre attestation CAF OU MSA) :

OBSERVATIONS PARTICULIERES

Allergies ☐ OUI ☐ NON

Préciser

Autres

Votre enfant nécessite-t-il la constitution d'un PAI ? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant présente-t-il un handicap nécessitant un aménagement à réaliser à l'école ? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ? ☐ OUI ☐ NON

Et si oui, lequel ?

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom Prénom

Adresse

Téléphone

Enfant de moins de 3 ans non scolarisé résidant à la même adresse :

Nom Prénom Date de naissance

.....

SERVICES PÉRISCOLAIRES		
Cantine	☐ OUI	☐ NON
Périscolaire du matin	☐ OUI	☐ NON
Périscolaire du soir	☐ OUI	☐ NON
Mercredis matins	☐ OUI	☐ NON
Vacances	☐ OUI	☐ NON

A propos du recueil des données personnelles :

Les informations recueillies sont nécessaires à l'établissement de votre dossier et l'utilisation de vos données personnelles fait l'objet d'un traitement informatique et est strictement limitée aux besoins du personnel communal en charge des différents services périscolaires. Ces données, à caractère personnel, ne sont communiquées à aucun tiers extérieur. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en en faisant la demande au secrétariat de mairie.

Signature des représentants légaux :

Pièces à fournir obligatoirement :

Fiche sanitaire (ci-jointe) + attestation d'assurance + attestation du quotient familial CAF (document accessible sur le site internet caf.fr avec n° allocataire et code personnel) + Attestations employeur des 2 parents (ou attestation affiliation URSSAF).

A RENDRE OBLIGATOIREMENT EN MAIRIE AVANT LE 11 JUILLET 2025

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomylélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :