

# DOSSIER D'INSCRIPTION

2025-2026

## Services Périscolaires & Extrascolaires

- ★ Garderie du matin ★ Restauration scolaire ★ Garderie du soir ★  
⊛ Centre de Loisirs du mercredi et des vacances scolaires ⊛

**A RETOURNER AVANT LE 14 JUIN 2025**

**Sans retour du dossier complet aucune inscription ne sera possible**

<b>Composition du dossier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>☆ Fiche d'information</li><li>☆ 1 Fiche sanitaire (<i>fiches supplémentaires sur demande</i>).</li></ul>
<p>Pièces justificatives <b><u>OBLIGATOIRES</u></b> A joindre au dossier</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Livret de famille</li><li><input type="checkbox"/> Un justificatif de domicile de moins de 3 mois</li><li><input type="checkbox"/> Attestation d'assurance périscolaire et extrascolaire</li><li><input type="checkbox"/> Quotient familial à jour (CAF ou MSA)</li><li><input type="checkbox"/> Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé à jour</li><li><input type="checkbox"/> La copie du PAI si nécessaire</li><li><input type="checkbox"/> La Fiche sanitaire complétée (<i>1 par enfant</i>)</li></ul> <p><b>Pour les parents séparés ou divorcés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Jugement de garde ou attestation</li></ul> <p><b>Pour les parents hébergés(s) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Justificatif de domicile de l'hébergeant de moins de 3 mois</li></ul>
<b>Contact</b>	<p><b>Responsable Enfance-Jeunesse :</b> 06.38.71.04.08 <a href="mailto:viescolaire-sthilairedurosier@orange.fr">viescolaire-sthilairedurosier@orange.fr</a></p> <p><b>Mairie :</b> 04.76.64.50.09 / <a href="mailto:sthilairedurosier.mairie@wanadoo.fr">sthilairedurosier.mairie@wanadoo.fr</a> 10 place du Souvenir Français 38840 Saint-Hilaire-du-Rosier Ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00, le mardi et le jeudi de 13h30 à 17h00 et le samedi de 9h00 à 12h00</p>

Les règlements intérieurs sont consultables sur le site de la commune :  
<http://www.saint-hilaire-du-rosier.fr> - dans l'onglet Enfance Jeunesse.

Après réception de votre dossier complet, vous recevrez un mail vous confirmant l'ouverture des services.

Pour rappel, vous devez effectuer vous-même vos réservations via votre espace famille du portail citoyen (<https://portail.berger-levrault.fr/StMarcellinVercorsIsereCommunaute38160/accueil>).

Pour les nouvelles inscriptions,  
vous recevrez un code abonné accompagné des procédures de création de compte et de réservation.

# FAMILLE

<i>Réponses obligatoires *</i>	<b>Responsable légal 1</b> ♂ <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre	<b>Responsable légal 2</b> ♂ <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre
Nom*		
Prénom*		
Adresse complète*		
Fixe		
Mobile*		
Mail*		
Téléphone pro.		
Profession		
CAF / MSA*	N° Allocataire* : ..... Montant QF : .....	
	<b>J'autorise la commune à accéder à CAF pro</b> (Rayer la mention inutile) : OUI / NON	
Situation familiale*	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
Autorité parentale*	<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Père exclusif <input type="checkbox"/> Mère exclusive <input type="checkbox"/> Autre	
Payeur*	<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Père exclusif <input type="checkbox"/> Mère exclusive <input type="checkbox"/> Autre personne <input type="checkbox"/> Garde alternée* : * <b>Semaine paire</b> = Père / Mère - <b>Semaine impaire</b> = Père / Mère (Rayer la mention inutile)	

Je soussigné(e) M.....  
responsable légal de .....

- M'engage, en cas de séparation, à fournir le jugement ou l'attestation relatif à l'exercice de l'autorité parentale.
- Autorise : (cocher les cases souhaitez).
- Mon/mes enfant(s) à être photographié(s), filmé(s) et enregistré(s) par la commune afin d'être diffusé(s) sur les supports de communication de la municipalité.
  - La commune à transporter mon/mes enfant(s) lors de sortie.
  - Mon/mes enfant(s) à se rendre à des activités organisées par l'école et les service périscolaires et extrascolaires.
  - Mon/mes enfants à être transporté(s) par les services de secours.
  - Mon/mes enfant(s) à quitter seul l'établissement scolaire (hors accueil de loisirs).

Personnes autorisées à venir chercher mon/mes enfant(s) (hors représentants légaux).

**Cocher les personnes à contacter en cas d'urgence.**

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

## ENFANT 1

Nom et Prénom :

Sexe :  F  G

Date et lieu de naissance :

Classe 2025-2026 :

### Inscription à :

*(Cocher les cases correspondantes aux services souhaités).*

- La restauration** ◇ Classique ◇ Sans viande ◇ Repas fournis par la famille (en cas de PAI)
- La garderie** du matin et/ou du soir
- L'accueil de loisirs du mercredi** (Hors vacances scolaires)
- L'accueil de loisirs des vacances scolaires** (Une feuille de présence sera à compléter pour chaque vacances)

## ENFANT 2

Nom et Prénom :

Sexe :  F  G

Date et lieu de naissance :

Classe 2025-2026 :

### Inscription à :

*(Cocher les cases correspondantes aux services souhaités).*

- La restauration** ◇ Classique ◇ Sans viande ◇ Repas fournis par la famille (en cas de PAI)
- La garderie** du matin et/ou du soir
- L'accueil de loisirs du mercredi** (Hors vacances scolaires)
- L'accueil de loisirs des vacances scolaires** (Une feuille de présence sera à compléter pour chaque vacances)

## ENFANT 3

Nom et Prénom :

Sexe :  F  G

Date et lieu de naissance :

Classe 2025-2026 :

### Inscription à :

*(Cocher les cases correspondantes aux services souhaités).*

- La restauration** ◇ Classique ◇ Sans viande ◇ Repas fournis par la famille (en cas de PAI)
- La garderie** du matin et/ou du soir
- L'accueil de loisirs du mercredi** (Hors vacances scolaires)
- L'accueil de loisirs des vacances scolaires** (Une feuille de présence sera à compléter pour chaque vacances)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à communiquer tout changement de situation auprès de la Responsable des services périscolaires et extrascolaires ou auprès du secrétariat de mairie.

Je certifie avoir lu et approuvé les règlements intérieurs des services périscolaires et extrascolaires.

Fait à ....., le .....

Signatures du ou des responsable(s) légal(aux)

**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	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL 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  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 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 : .....