

## Accueil périscolaire - Restauration scolaire Accueil mercredi – Accueil de loisirs sur les vacances

Retour avant le 03 juillet 2023

Par dépôt : Mairie de Rouillon  
4, rue de l'église 72700 ROUILLON  
Tel : 02.43.47.83.00  
Mail : [secretariat.mairie@ville-rouillon.fr](mailto:secretariat.mairie@ville-rouillon.fr)

**Lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 - 14h00 à 18h00**  
**Samedi matin de 9h00 à 12h00**  
**Fermé Mardi et Jeudi matin**

### Documents à fournir avec le dossier (Merci de faire des photocopies)

- **Un justificatif de domicile où réside l'enfant** : facture d'eau, de gaz, d'électricité datant de moins de 3 mois  
A défaut taxe d'habitation en cours ou en cas de déménagement récent, une quittance de loyer HLM ou contrat de location  
Ou pièce justifiant l'accession à la propriété
- **Copie de l'avis d'imposition 2022 sur les revenus 2021**
- **Attestation de quotient familial CAF datant de moins de 3 mois**
- **Autorisation de prélèvement ci-jointe accompagnée d'un RIB**  
 Pour Restauration scolaire       pour ALSH
- **Documents médicaux (selon fiche sanitaire)**
- **Attestation d'assurance extrascolaire**
- **Copie du livret de famille**

*En cas de changement de situation familiale récent : transmettre le livret de famille, le jugement de divorce.*

### Informations concernant l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse où vit l'enfant : \_\_\_\_\_

*En cas de garde alternée 2<sup>ème</sup> adresse :* \_\_\_\_\_

Classe en 2023-2024 : \_\_\_\_\_

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

### LE FOYER

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

#### PARENT 1

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : (obligatoire pour recevoir votre mot de passe)  
\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### PARENT 2

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Situation des parents :

Célibataire  Union libre  Pacés  Mariés  Séparés  Divorcés  Veuf (ve)

*En cas de divorce ou séparation, joindre une copie du jugement (droits de garde).*

Si garde alternée : Joindre avis d'imposition des deux parents

Mode de garde alternée à la semaine :  Père : Semaines paires ou impaires (rayer)

Mère : Semaines paires ou impaires (rayer)

#### Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

M-Mme  \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

M-Mme  \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

M-Mme  \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

M-Mme  \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant à rentrer seul (à partir du CM1)  OUI  NON

Signature :

# FICHE SANITAIRE



Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Vaccins obligatoires : \_\_\_\_\_

*Fournir la copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant*

Allergie ou maladie chronique nécessitant un traitement médical particulier (protocole d'accueil individualisé - PAI) :

- Allergie alimentaire : Non  Oui

Préciser : \_\_\_\_\_

*(Fournir un certificat d'allergologue récent, moins de 6 mois)*

Certains aliments lui sont-ils interdits ? Non  Oui

Préciser : \_\_\_\_\_

- Allergie autre (animaux, pollens, plantes...) : Non  Oui

Préciser : \_\_\_\_\_

- Maladie chronique (diabète, asthme...): Non  Oui

Préciser : \_\_\_\_\_

**En dehors du PAI, aucun médicament ne pourra être délivré sur les temps périscolaires et extrascolaire (Sauf sur ordonnance datant de moins de quinze jours)**

**Signature :**

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence :**

M-Mme \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

M-Mme \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

M-Mme \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

M-Mme \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

## **Autorisation aux soins d'urgence**

Nous soussignés, M et Mme \_\_\_\_\_ autorisons les soins d'urgence auprès de notre enfant \_\_\_\_\_, pour toutes

mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

En cas de nécessité et après accord des parents *oral ou écrit* ou représentant légaux (anesthésie, chirurgie)

**Signature :**

## **Autorisation de déplacements**

**J'autorise** mon enfant à participer à des sorties, nécessitant un déplacement, organisées dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires. (SETRAM, SNCF, Minibus, voiture, Autocar...) non  oui

J'autorise mon enfant à aller à la piscine non  oui

**Signature :**

Prévision à l'année	Participe	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
Accueil du matin 7h20-8h20	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accueil du soir 16h30-18h30	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accueil Mercredi (annuel) 8h30-17h30	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>			<input type="radio"/>			
Accueil Mercredi (occasionnel) 8h30-17h30	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>			<input type="radio"/>			
Etude Lundi et jeudi 16h45 à 17h30	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
<b>Restauration scolaire</b>	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prévisionnel vacances	non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Automne 2023 <input type="radio"/> Hiver 2023 <input type="radio"/> Printemps 2023 <input type="radio"/> Été 2023 <input type="radio"/> Ne sais pas					

Pour la **restauration scolaire** : A partir du : \_\_\_\_\_

### Autorisation pour utilisation de l'image

Que ce soit lors d'activités scolaires ou périscolaires, ou encore lors d'événements locaux associatifs ou municipaux, de nombreuses photos (ou vidéos) sont prises afin d'illustrer les différents supports de communication mis en place par la commune (journal municipal, *Petit Rouillonnais*, plaquettes, site internet de la ville, affichage en mairie...).

Afin d'autoriser la ville à publier ces images, merci de compléter les informations ci-dessous : Nous soussignés,

M-Mme, \_\_\_\_\_

M-Mme, \_\_\_\_\_

Domiciliée \_\_\_\_\_

domicilié \_\_\_\_\_

Parents / représentants légaux de \_\_\_\_\_

autorisons     n'autorisons pas la ville de Rouillon à reproduire, présenter, publier et exposer les images photographiques et/ou filmographiques représentant mon enfant pour une durée maximum de 3 ans.

Toute reproduction de ces images ne devra pas, y compris par leur légende ou leur contexte de présentation, porter atteinte à la réputation, à l'honneur ou à la dignité de notre enfant.

Date

**Signature des parents \*:**

*\*Signatures des deux parents obligatoires.*

Nous soussignés, M-Mme \_\_\_\_\_

déclarons exacts l'ensemble des renseignements portés sur ce document après lecture de la notice du présent dossier

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**Signature des parents \*:**

*\*Signatures des deux parents obligatoires.*