

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026-2027

INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE/EXTRASCOLAIRE - VILLE DE MOZAC

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

A :

Sexe : ☐ féminin ☐ masculin

Nom de l'assurance périscolaire et/ou extrascolaire : Numéro :

Si vous possédez une attestation d'assurance périscolaire et/ou extrascolaire, veuillez-nous la fournir.

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT (Rayer la mention inutile)

Responsable légal 1- Tuteur 1- **Facturé**

Nom :

Prénom :

Téléphone personnel :

Téléphone travail :

Adresse personnelle :

.....

Adresse mail :

Employeur :

Responsable légal 2 – Tuteur 2

Nom :

Prénom :

Téléphone personnel :

Téléphone travail :

Adresse personnelle :

.....

Adresse mail :

Employeur :

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire

☐

Mariés

☐

Concubinage

☐

Pacsés

☐

Divorcés

☐

Séparés

☐

SI DIVORCÉS/SÉPARÉS (MISE EN PLACE D'UNE GARDE ALTERNÉE) : OUI ☐ NON ☐

Si oui, merci de bien vouloir compléter le calendrier annuel des semaines de garde (téléchargeable directement sur le site de la mairie de Mozac). Par ailleurs, une copie du jugement de divorce est requise.

Je vous rappelle que chacun des deux parents est facturé pour sa semaine de garde respective, selon son quotient familial (QF).

RÉGIME : ☐ CAF ☐ MSA

Numéro Allocataire (Caf ou MSA) :

❖ **Fournir l'attestation du quotient familial en septembre et en janvier ainsi qu'à tout changement de situation**

*Si vous ne percevez aucune prestation familiale, merci de nous fournir le dernier avis d'imposition ou si vous ne souhaitez pas fournir d'attestation de quotient familial, **merci de cocher la case suivante :***

☐ Je certifie ne pas fournir d'attestation du quotient familial et j'atteste avoir pris note de **l'application du tarif maximum.**

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER MON ENFANT : (Autres que les responsables légaux)

NOM – PRENOM	N° TELEPHONE	TYPE DE CONTACT/ LIEN DE PARENTÉ	À CONTACTER EN CAS D'URGENCE*	
			OUI	NON
			OUI	NON
			OUI	NON

*si parents injoignables

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET D'UTILISATION DE L'IMAGE :

RAYER LA MENTION INUTILE		SUPPORT	ETENDUE DE LA DIFFUSION	CONSERVATION
OUI	NON	INTERNE (Pour un usage collectif dans la structure, gestion administrative, trombinoscope)	Equipe pédagogique, personnel administratif, famille de la structure.	Valable sur la totalité de l'accueil, jusqu'au départ définitif de l'enfant hors de la structure
OUI	NON	EXTERNE (en ligne, en projection collective)	Sur les réseaux sociaux : Facebook, Instagram, site internet de la ville	
OUI	NON	EXTERNE RESERVÉ (Pour un usage réservé aux parents ayant les accès)	Plateforme « toutemonannée »	

AUTRES AUTORISATIONS :

RAYER LA MENTION INUTILE			CONSERVATION
OUI	NON	Partir seul de l'accueil de loisirs périscolaire et extrascolaire	Valable sur la totalité de l'année 2026-2027
OUI	NON	Effectuer des sorties avec mon enfant, qu'il s'agisse de balades ou d'activités (piscine, gymnase, parc, visite...) avec la possibilité de trajet en bus ou mini bus.	
OUI	NON	Accord d'Hospitalisation	
OUI	NON	J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives	
OUI	NON	J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées	
OUI	NON	Autorise la direction et l'assistante administrative de la structure à consulter votre dossier permettant le calcul du quotient familial sur « mon compte partenaire CAF » et « mon espace privé MSA ».	5 ans après le départ de l'enfant

☐ Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les termes du règlement de fonctionnement du Centre d'animation 2025/2026 et je m'engage à prendre connaissance et à respecter le nouveau règlement 2026/2027 lorsque celui-ci sera mis en place.

Fait à le/...../.....

Signature du ou des responsables :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2026-2027

NOM :

PRENOM :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

- ❖ Fournir obligatoirement une photocopie du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant.
Si vous les avez déjà fournis, veuillez fournir une photocopie en cas de mise à jour d'un ou des vaccins.

Pour rappel : Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'infection à Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont obligatoires chez les nourrissons nés depuis le 1er janvier 2018.

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

ALLERGIES : **MEDICAMENTEUSES** OUI ☐ NON ☐

NOM DU/DES MÉDICAMENTS :

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐

NOM DU/DES ALIMENTS :

AUTRES

PRÉCISEZ LA CONDUITE À TENIR :

.....
.....
.....

SPÉCIFICITÉS ALIMENTAIRES :

☐ SANS PORC ☐ SANS VIANDE ☐ AUTRE :

Attention, nous vous rappelons qu'aucun plat de substitution n'est proposé à votre enfant et que les paniers repas hors PAI ne sont pas acceptés.

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

.....
.....
.....

P.A.I. EN COURS (Projet d'Accueil Individualisé) :

OUI ☐ NON ☐

Motif :

Fournir une copie du PAI obligatoirement et une trousse marquée au nom de l'enfant contenant le traitement et l'ordonnance du médecin.

Mise en place d'un panier repas :

OUI ☐ NON ☐

PORTEUR D'UN HANDICAP :

OUI ☐ NON ☐

BÉNÉFICIAIRE AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) :

OUI ☐ NON ☐

Fournir une copie de l'attestation AEEH

COCHEZ LES MALADIES QUE VOTRE ENFANT A DÉJÀ EU :

☐ RUBEOLE

☐ OTITE

☐ SCARLATINE

☐ VARICELLE

☐ ROUGEOLE

☐ COQUELUCHE

☐ ANGINE

☐ OREILLONS

☐ RHUMATISME ARTICULAIRE

AUTRES

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL : (Prévoir un étui au nom de l'enfant)

- DES LENTILLES : OUI ☐ NON ☐

- DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI ☐ NON ☐

- DES LUNETTES : OUI ☐ NON ☐

- DES PROTHÈSES OU APPAREIL DENTAIRE : OUI ☐ NON ☐

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par **La mairie de Mozac** pour la **gestion de l'accueil de loisirs**. La base légale du traitement est **nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public**. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : **Caisses d'Allocations Familiales et Collectivités locales**. Les données sont conservées pendant **trois ans après le départ de l'enfant**. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Fait à le/...../.....

Signature du ou des responsables :

