

# SERVICE PERISCOLAIRE : FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## Année 2024/2025

Enfant 1      École :  Jean de la Fontaine       Julie Daubié       Jean Cocteau

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Classe :  psm } école maternelle       CP    CE1    CE2 } école élémentaire  
 msm }  
 gsm }       CM1    CM2    ULEC }

Enfant 2      École :  Jean de la Fontaine       Julie Daubié       Jean Cocteau

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Classe :  psm } école maternelle       CP    CE1    CE2 } école élémentaire  
 msm }  
 gsm }       CM1    CM2    ULEC }

Enfant 3      École :  Jean de la Fontaine       Julie Daubié       Jean Cocteau



Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Classe :  psm } école maternelle       CP    CE1    CE2 } école élémentaire  
 msm }  
 gsm }       CM1    CM2    ULEC }

Responsable légal de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....



Adresse : .....

 : .....  : .....

Responsable légal de l'enfant


Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

 : .....  : .....

Personnes à contacter en cas d'urgence HORS responsable légal :

M .....Lien de parenté : .....  : .....

M .....Lien de parenté : .....  : .....

Type de contrat :

Annuel (remplir la fiche contrat annuel) Au mois (remplir la fiche de contrat au mois)

Adresse de facturation :

Nom : ..... Prénom : .....

N° : ..... Rue : .....

Code postale : ..... Commune : .....

# SERVICE PERISCOLAIRE : FICHE SANITAIRE

## Année 2024/2025

Médecin traitant :

Nom : .....



.....

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) :

Mon enfant bénéficie d'un P.A.I. Pour les fratries, veuillez préciser le prénom : .....

Pathologie : .....

Mon enfant suit un traitement. Lequel : .....

Allergies :

Mon enfant est sujet à des allergies Pour les fratries, veuillez préciser le prénom : .....

Si oui, fournir un justificatif du médecin :

Lesquelles : .....

Conduite à tenir :

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

Assurance :

Mon, (mes) enfant(s) bénéficie(nt) d'une assurance extrascolaire garantissant sa(leurs) responsabilité(s) civile(s) et individuelle(s) contre les accidents (Document à fournir lors de l'inscription)

Nom : ..... Numéro de police : .....

Procédure d'urgence :

En cas d'accident, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les secours puis d'avertir les parents.

Recommandations utiles des parents : santé, régime alimentaire...

.....  
 .....

# SERVICE PÉRISCOLAIRE : CONTRAT ANNUEL

Le contrat annuel vous permet de réserver les jours de présence de votre enfant aux accueils périscolaires sur l'année scolaire.

Famille : Nom :

Enfant 1 : Prénom : ..... Classe : .....  Jean de la Fontaine  Julie Daubié  Jean Cocteau

Enfant 2 : Prénom : ..... Classe : .....  Jean de la Fontaine  Julie Daubié  Jean Cocteau

Enfant 3 : Prénom : ..... Classe : .....  Jean de la Fontaine  Julie Daubié  Jean Cocteau

Cochez les cases correspondantes à la présence régulière de votre enfant tout au long de l'année

Service périscolaire	Lundi			Mardi			Jeudi			Vendredi		
	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 1	Enf 2	Enf 3
Accueil matin												
Pause méridienne												
Accueil du soir périscolaire Elémentaire												

# SERVICE PÉRISCOLAIRE : CONTRAT MENSUEL

A renvoyer par mail à [perisco.elem@milly-la-foret.fr](mailto:perisco.elem@milly-la-foret.fr) ou [perisco.mater@milly-la-foret.fr](mailto:perisco.mater@milly-la-foret.fr)  
**Avant le 25 du mois précédent**

Le contrat mensuel vous permet de réserver les dates de présence de votre enfant aux accueils périscolaires pour le mois prochain.

Famille : Nom :

Enfant 1 : Prénom : ..... Classe : .....  Jean de la Fontaine  Julie Daubié  Jean Cocteau

Enfant 2 : Prénom : ..... Classe : .....  Jean de la Fontaine  Julie Daubié  Jean Cocteau

Enfant 3 : Prénom : ..... Classe : .....  Jean de la Fontaine  Julie Daubié  Jean Cocteau

Cochez les cases correspondantes aux présences de votre enfant

Mois de : .....	Accueil du matin 7h30 – 8h30			Pause Méridienne 11h30 – 13h30			Etude surveillée 16h30 – 18h30		
	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 1	Enf 2	Enf 3
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

## SERVICE PERISCOLAIRE :

# DEMANDE D'AUTORISATION ET SIGNATURE DU CONTRAT

1/ J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant sur présentation d'une pièce d'identité

M .....



.....

M .....



.....

Si personne ponctuelle, prévenir le service périscolaire par mail

2/ J'autorise mon enfant à repartir seul après les accueils périscolaires élémentaires

Oui

Non

3/ J'autorise la publication des photographies et des films où figure mon enfant, sur le site de la ville, sur la page Facebook de la mairie ou dans le bulletin municipal

Oui

Non

(Vous pouvez rayer le support non concerné par cette autorisation le cas échéant)

4/ Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter

Oui

Non

5/ J'autorise le déplacement à pied de mon enfant lors des activités, à l'extérieur du lieu d'accueil périscolaire (pique-nique, visite des écoles, projets, promenade...)

Oui

Non

Je soussigné(e) ..... certifie exacts les renseignements portés sur le règlement intérieur du service périscolaire de Milly-la-Forêt.

Fait à : Milly-la-Forêt

Le : .....

Signature du représentant légal :

Précédée de la mention "lu et approuvé"