



**FICHE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE/CANTINE/VACANCES SCOLAIRES –
VILLE DE VILLERS-COTTERÊTS ☎ 03-23-96-55-20**

jeunesse@mairie-villerscotterets.fr

Dossier téléchargeable sur <https://www.mairie-villerscotterets.fr/inscriptions-scolaires-periscolaires-et-cantine/>

ANNÉE SCOLAIRE 20__ // 20__

ENFANT	PHOTO D'IDENTITE
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Nom de famille :	
Prénom(s) : /	
Né(e) le : / / Âge :	
Scolarité : Nom de l'école : Classe :	
L'enfant a-t-il un dossier MDPH : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
L'enfant a-t-il un dossier AEEH : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
L'enfant a-t-il une AESH : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

PAYEUR REPRÉSENTANT LÉGAL 1
PAYEUR TIERS DELEGATAIRE (fournir un exemplaire de la décision du juge aux affaires familiales)

Mère <input type="checkbox"/> OU Père <input type="checkbox"/> OU Tiers délégataire* <input type="checkbox"/> Préciser le lien avec l'enfant.....
Nom de famille : Prénom :
Nom d'usage :
Adresse :
Code postal : Commune :
L'enfant habite à cette adresse ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :
Profession : Lieu de Travail :
CAF Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N° Allocataire :
MSA Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :
J'autorise <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas le personnel à consulter mon quotient familial sur l'interface CDAP de la CAF et à conserver ses informations.
<i>*Tuteur/Ascendant/fratrie/Autres membres de la famille/éducateur/assistant familial/garde d'enfant/autres lien (à préciser) / aide sociale à l'enfance (pour responsable moral).</i>

Courriel :@.....



ANNÉE SCOLAIRE 20 __ // 20__

REPRESENTANT LEGAL 2

Mère OU Père

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'enfant habite à cette adresse ? Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Profession :

Lieu de Travail :

Courriel :@.....

AUTRES ENFANTS (frère, sœur)

NOM	Prénom	Date de naissance	École (si déjà scolarisé)

PERSONNES MAJEURES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT AUTRES QUE LES PARENTS

NOM	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE AUTRES QUE LES PARENTS

NOM	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant



ANNÉE SCOLAIRE 20 __ // 20__

CANTINE – PÉRISCOLAIRE – EXTRASCOLAIRE

Toutes les écoles de Villers-Cotterêts bénéficient d'un accueil périscolaire avec service de restauration le midi. L'accueil ouvre à 7h le matin et vous permet de récupérer votre enfant jusqu'à 19h le soir. Les horaires sont identiques pour les mercredis récréatifs proposés aux 3-13 ans.

CANTINE

L'enfant mangera-t-il à la cantine : **Oui** **Non**

Type de repas : STANDARD SANS PORC SANS VIANDE

Allergie ou autres éléments à signaler (PAI) :

.....

Fournir une photocopie du PAI OBLIGATOIRE

ACCUEILS PERISCOLAIRES MATIN ET SOIR

L'enfant sera-t-il présent aux accueils périscolaires : **Oui** **Non**

Accueil matin **Oui** **Non**

Accueil soir **Oui** **Non**

Le goûter n'est pas inclus dans le tarif, veuillez en fournir un à votre enfant.

ACCUEILS MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES

L'enfant sera-t-il présent les mercredis : **Oui** **Non**

Journée avec repas Journée sans repas

L'enfant sera-t-il présent les vacances scolaires : **Oui** **Non**

Journée avec repas Journée sans repas

LIEU D'ACCUEIL DE LOISIRS (cocher le lieu d'accueil de l'enfant)

ACCUEILS DE LOISIRS ATHOS

Ecole SALANSON 3/5 ANS

Ecole LEO LAGRANGE 6/9 ANS

Salle Gérard PHILIPPE 10/13ANS

ACCUEIL DE LOISIRS ARAMIS

Ecole VALENTIN CLAVEZ 3/5 ANS

Salle Marie Louise LABOURET 6/11ANS



**FICHE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE/CANTINE/VACANCES SCOLAIRES –
VILLE DE VILLERS-COTTERÊTS ☎ 03-23-96-55-20**

jeunesse@mairie-villerscotterets.fr

Dossier téléchargeable sur <https://www.mairie-villerscotterets.fr/inscriptions-scolaires-periscolaires-et-cantine/>

ANNÉE SCOLAIRE 20 __ // 20__



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'arrêté 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 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.



**FICHE D'INSCRIPTION PERISCOLAIRE/CANTINE/VACANCES SCOLAIRES –
VILLE DE VILLERS-COTTERÊTS ☎ 03-23-96-55-20**

jeunesse@mairie-villerscotterets.fr

Dossier téléchargeable sur <https://www.mairie-villerscotterets.fr/inscriptions-scolaires-periscolaires-et-cantine/>

ANNÉE SCOLAIRE 20 __ // 20__

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 :