



## SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

	PÈRE	MÈRE
Profession		
Nom de l'employeur		
Adresse employeur		

## INSCRIPTIONS AU PORTAIL FAMILLE

### Réservations et règlements des activités Scolaire-Extrascolaires

- Accueils périscolaires
- Restauration scolaire
- Accueils de loisirs (Mercredis et/ou Vacances scolaires)
- Réception d'informations par mail via portail.famille@noiseau.fr

**Adresse Mail « Compte Famille » obligatoire :** .....  
(à écrire en lettres majuscules)

\*En cas de garde alternée :

Adresse Mail « Mère » : .....

Adresse Mail « Père » : .....

### PIÈCES À FOURNIR :

- Livret de famille (pages parents + enfants)
- Carte nationale d'identité des parents (recto/verso)
- Justificatif de domicile
- Document attestant que l'enfant a reçu les vaccinations obligatoires pour son âge
- Jugement de divorce ou décision de justice notifiant l'autorité parentale s'il y a lieu
- Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 des parents afin de calculer votre tarif pour les accueils de loisirs sur l'année 2025 (restauration, garderie, mercredis, vacances scolaires).

Inscription reçue le  
Visa du Directeur(trice) de l'établissement

Noiseau, le  
Visa du service Enfance-Jeunesse-Education

Ces renseignements font l'objet d'un traitement informatique destiné à valider les inscriptions périscolaires de votre enfant. Les destinataires des données sont les services municipaux chargés de l'organisation des activités périscolaires. Les réponses à ce questionnaire ont un caractère obligatoire.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données.

**PHOTO  
OBLIGATOIRE**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026-2027**

*Fiches à retourner impérativement à l'accueil de loisirs  
en cas de présence de votre enfant, même occasionnelle, aux accueils ci-dessous.*

- RESTAURATION SCOLAIRE  
 GARDERIE PÉRISCOLAIRE  
 ACCUEIL DE LOISIRS

**MATERNELLE**

Cocher le niveau correspondant

<b>PS</b>	<b>MS</b>	<b>GS</b>
-----------	-----------	-----------

**ÉLÉMENTAIRE**

Cocher le niveau correspondant

<b>CP</b>	<b>CE1</b>	<b>CE2</b>	<b>CM1</b>	<b>CM2</b>
-----------	------------	------------	------------	------------

**ENFANT**

Nom et prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse domicile : .....

**PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM, Prénom.....

NOM, Prénom.....

Lien avec l'enfant.....

Lien avec l'enfant.....

 Portable.....

 Portable.....

**AUTORITÉ PARENTALE exercée par :**

**PÈRE**

NOM, Prénom : .....

 ..... / .....

**MÈRE**

NOM, Prénom : .....

 ..... / .....

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES**

Régime Général :  Régime Agricole :  Autres Régimes :  précisez.....

N° Allocataire (CAF) : ..... code postal caisse CAF.....

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) :  Non  Oui (Joindre le P.A.I.)

Régime alimentaire : Non  Oui  précisez : .....

**EN CAS DE DROIT DE GARDE**

Alterné

Classique

Réduit

*(En cas de droit de garde : Alterné, Classique ou Réduit, joindre obligatoirement le jugement)*

Adresse domicile Mère : .....

Adresse domicile Père : .....

## AUTORISATIONS

Je soussigné, M. / Mme : .....

Responsable de l'enfant : .....

- autorise mon enfant, à participer à toutes les activités, y compris la piscine,
- autorise le personnel d'animation, sous l'autorité du directeur, à filmer et/ou photographier mon enfant dans le cadre des activités. Certains clichés pourront être utilisés dans un but non lucratif pour des supports de communication municipaux :

Journal\_site internet et pages Facebook de la Ville :      Oui       Non

- m'engage à payer la participation incomptant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation ou d'opération donnant lieu ou non au remboursement de la sécurité sociale et de ma mutuelle,
- autorise le responsable des accueils, à soigner mon enfant (blessures superficielles) et/ou à faire intervenir les services d'urgence en cas de nécessités.
- m'engage à signaler tout changement de situation, personnelle, familiale, médicale ou professionnelle,
- autorise le responsable des accueils à contacter et/ou confier mon enfant aux personnes suivantes **qui seront munis d'une pièce d'identité lors de leur venue (précisez si la personne est mineure)** :

NOM, Prénom:.....	NOM, Prénom:.....
Lien avec l'enfant.....	Lien avec l'enfant.....
Portable.....	Portable.....
NOM, Prénom:.....	NOM, Prénom:.....
Lien avec l'enfant.....	Lien avec l'enfant.....
Portable.....	Portable.....

Certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts.

Date

Signature(s)

## COMMENTAIRES

Ces renseignements font l'objet d'un traitement informatique destiné à valider les inscriptions périscolaires de votre enfant. Les destinataires des données sont les services municipaux chargés de l'organisation des activités périscolaires. Les réponses à ce questionnaire ont un caractère obligatoire. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données.



## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008\*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---

#### **4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON	OCCASIONNELLEMENT	OUI
-----	-------------------	-----

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON	OUI
-----	-----

---

#### **5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant , déclare  
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de  
l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une  
hospitalisation.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

#### **A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

#### **OBSERVATIONS**

---

---

---

---