

# **DOSSIER D'INSCRIPTION**

## **EXTRASCOLAIRE**

### Inscriptions en Mairie d'Eguilles :

**(L'enfant doit avoir impérativement 3 ans)**

---

Et nouveaux arrivants sur Eguilles.

Service JEUNESSE Immeuble Reynaud 1<sup>er</sup> étage 13510 EGUILLES– Mme Tania

**CALI SUR PLACE** : de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00

Tél. : 04.42.92.35.32

**Ou**

**Par MAIL** : [polefamille@mairie-eguilles.fr](mailto:polefamille@mairie-eguilles.fr)

(Scanner les pièces à joindre en format PDF)

---

### **Pièces à fournir avec la fiche d'inscription**

(Pour chaque dossier si plusieurs enfants à inscrire)

- **Copie du livret de famille (page des parents et de l'enfant concerné).**
- **Copie du Carnet de santé (pages des vaccinations).**
- **Attestation d'assurance scolaire comprenant les garanties responsabilité civile et individuelle accident pour chaque enfant fréquentant le restaurant scolaire, les activités périscolaires et Extrascolaires.**
- **Copie Carte d'Identité des parents.**
- **Avis d'Imposition (Année N-1 lors de la rentrée, ex : rentrée scolaire 2025, avis établi en 2024 sur les revenus de 2023).**
- **Copie du dernier Jugement en cas de divorce ou séparation.**
- **Attestation CAF pour les activités périscolaires ou extrascolaires.**

# FICHE D'INSCRIPTION – DOSSIER UNIQUE

## DOSSIER REMIS POUR

### EXTRASCOLAIRE

#### L'ENFANT

NOM ET PRENOM : .....SEXE :  GARÇON  FILLE

DATE DE NAISSANCE : ..... ECOLE.....

ADRESSE PRINCIPALE : .....

#### PARENT 1

NOM ET PRENOM : ..... PROFESSION : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU : .....

ADRESSE DU DOMICILE : .....

E-MAIL : .....

CELIBATAIRE  CONCUBINAGE  MARIE(E)  PASCE(E)  DIVORCE(E)  SEPRE(E)

	DOMICILE	TRAVAIL	MOBILE
N° DE TELEPHONE			

#### PARENT 2

NOM ET PRENOM : ..... PROFESSION : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU : .....

ADRESSE DU DOMICILE : .....

E-MAIL : .....

CELIBATAIRE  CONCUBINAGE  MARIE(E)  PASCE(E)  DIVORCE(E)  SEPRE(E)

	DOMICILE	TRAVAIL	MOBILE
N° DE TELEPHONE			



#### RESTAURATION

**Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique :** OUI  NON

**Sans viande**

**Sans porc**

**Autre**  préciser.....

• **Votre enfant a-t-il un PAI alimentaire :** OUI  NON

#### Cadre réservé à l'administration :

**Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)**

**Eviction des allergènes dans le régime habituel par le service responsable de la restauration**  
Préciser .....

## AUTORISATION PARENTALE

### REGLEMENT INTERIEUR

JE SOUSSIGNE MADAME / MONSIEUR .....  
ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE LE REGLEMENT INTERIEUR DE CHAQUE STRUCTURE  
FRÉQUENTÉE PAR MON ENFANT.

### L'APPLICATIF API IMPOT PARTICULIER

ELLE PERMET L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS FISCALES ENTRE LA DGFIP ET UNE ENTITE ADMINISTRATIVE  
(ADMINISTRATION, MINISTERE, ORGANISME PUBLIC, COLLECTIVITE) OU UNE ENTREPRISE DANS LE CADRE DE  
LEURS OBLIGATIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES POUR DES MISSIONS D'INTERETS GENERAL.

OUI  NON

### FONCTIONNEMENT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

AUTORISE MON ENFANT A PARTICIPER AUX ACTIVITES :

OUI  NON

AUTORISE MON ENFANT A SE DEPLACER EN MINIBUS OU EN AUTOCAR :

OUI  NON

AUTORISE L'ÉQUIPE D'ANIMATION A PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES (recours au service  
d'urgence, hospitalisation, anesthésie générale) EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE ET M'ENGAGE A  
REMBOURSER LES FRAIS CORESPONDANTS :

OUI  NON

AUTORISE L'ÉQUIPE D'ANIMATION A FILMER ET A PHOTOGRAPHER MON ENFANT :

- OUI, avec diffusion interne (portail famille)
- OUI, avec diffusion externe (Journal municipal, Eguilles Infos)
- OUI, sans diffusion
- NON

### LES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT SONT :

NOMS/ PRENOMS	LIENS	TELEPHONE

**OBSERVATIONS PARTICULIERES** .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1. MEDECIN TRAITANT

**NOM :** .....

**ADRESSE :** ..... **TEL :** .....

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)				Hépatite B	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B				Infections invasives à pneumocoque	
Coqueluche				Méningocoque de sérogroupe C	
Rubéole-Oreillons-Rougeole				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES **VACCINS OBLIGATOIRES** JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**MERCI DE VEILLER A RENSEIGNER LA DATE DES VACCINS OBLIGATOIRES, SANS QUOI LE DOSSIER DE VOTRE ENFANT NE SERA NI ACCEPTÉ, NI TRAITÉ !**

### 3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ACTUELS CONCERNANT L'ENFANT



**Votre enfant présente -t-il des troubles de la santé, pouvant nécessiter un traitement ou des soins, pendant l'accueil de loisirs ? OUI  NON**

**Si oui lesquels ?** .....

**VOTRE ENFANT A-T-IL UN PAI ? OUI  NON**

**ALLERGIES :** ASTHME  OUI  NON MEDICAMENTEUSE  OUI  NON  
ALIMENTAIRES  OUI  NON AUTRES  .....

### 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, prothèses auditives...)

.....  
.....