



Cette fiche permet l'inscription de votre enfant aux services municipaux (accueil périscolaire, restauration scolaire, étude surveillée et accueil de loisirs). Les informations recueillies sont exclusivement destinées à l'organisation de ces services et à la sécurité de votre enfant.



1 ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

École fréquentée :

Classe :

Régime alimentaire particulier (précisez) :



2 RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ Tél. :

📱 Portable :

✉ Courriel :

RESPONSABLE 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ Tél. :

📱 Portable :

✉ Courriel :



3 SERVICES SOLLICITÉS (cochez les services souhaités)



☐ Accueil du matin



☐ Restauration scolaire



☐ Étude surveillée



☐ Accueil du soir



☐ Accueil de loisirs – Mercredi



☐ Accueil de loisirs – Vacances scolaires





4 PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Les personnes ci-dessous sont autorisées, en plus des responsables légaux, à venir chercher l'enfant.

N°	NOM	PRÉNOM	QUALITÉ / LIEN (ex. : grand-parent, tante, voisin...)	TÉLÉPHONE	PEUT RÉCUPÉRER L'ENFANT (OUI / NON)	CONTACT EN CAS D'URGENCE (OUI / NON)
1						
2						
3						
4						
5						
6						



5 AUTORISATIONS



Droit à l'image

J'autorise la commune de Jouarre à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités municipales et à utiliser ces images (supports de communication, site internet, réseaux sociaux, presse locale, etc.).

☐ OUI ☐ NON



Départ seul

J'autorise mon enfant à quitter seul le service (étude surveillée, accueil du soir, etc.).

☐ OUI ☐ NON



Participation aux activités

J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par les services municipaux.

☐ OUI ☐ NON



Soins d'urgence

J'autorise les responsables des services municipaux à prendre, le cas échéant, toutes les mesures d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

☐ OUI ☐ NON



Transport

J'autorise le transport de mon enfant dans le cadre des sorties et activités organisées par les services municipaux.

☐ OUI ☐ NON



6 INFORMATIONS MÉDICALES (1/2)

Médecin traitant

Nom :

Tél. :

Allergies connues (alimentaires, médicamenteuses, autres...)

.....
.....

Traitement médical en cours

Précisez le traitement, la posologie, les horaires et la conduite à tenir.

.....
.....

Régime alimentaire particulier

Merci de préciser :

.....
.....

Autres informations importantes

(asthme, diabète, épilepsie, troubles de santé particuliers, recommandations...)

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



RAPPEL

Merci de signaler tout changement de situation en cours d'année (santé, traitement, allergies, coordonnées, etc.) afin d'assurer la sécurité et le bien-être de votre enfant.





6 INFORMATIONS MÉDICALES (2/2)

Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Un PAI a-t-il été mis en place ? ☐ OUI ☐ NON

Joindre obligatoirement :

- une copie de l'ordonnance médicale en cours de validité ;
- les médicaments prescrits en quantité suffisante pour la durée de l'accueil.



Les médicaments devront être remis dans une boîte fermée, étiquetée au nom et prénom de l'enfant, accompagnés de l'ordonnance médicale en cours de validité. Les médicaments devront présenter une date de péremption compatible avec toute la durée de l'accueil.



L'enfant sait-il nager ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez son niveau :

Notification MDPH

Bénéficiez-vous d'une notification MDPH ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de joindre une copie.

Autres informations importantes (asthme, diabète, épilepsie, troubles de santé particuliers, recommandations...)

.....

.....

.....



7 VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Conformément à la réglementation en vigueur, merci de joindre obligatoirement :



PHOTOCOPIE DE LA PAGE DU CARNET DE SANTÉ ATTESTANT DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES PRÉVUES PAR LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.



8 ASSURANCE

Compagnie d'assurance :

N° de contrat responsabilité civile :

IMPORTANT :

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile. Une assurance individuelle accident est fortement recommandée pour participer aux activités organisées par la commune.



9 DOCUMENTS À FOURNIR

À FOURNIR PAR TOUS

- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile (année en cours)
- ☐ Photocopie de la page du carnet de santé attestant des vaccinations obligatoires

À FOURNIR UNIQUEMENT SI CONCERNÉ

- ☐ Copie du Projet d'Accueil Individualisé (PAI)
- ☐ Copie de l'ordonnance médicale
- ☐ 1 exemplaire de chaque boîte de médicament prescrit
- ☐ Copie de la notification MDPH
- ☐ Tout document utile à la prise en charge de votre enfant (protocole, ordonnance spécifique, etc.)



10 ATTESTATION

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer la mairie de Jouarre de toute modification (changement d'adresse, de téléphone, de situation familiale, de santé, etc.).

Fait à Jouarre, le / / 2026

Signature responsable légal 1

Signature responsable légal 2



11 INFORMATION RGPD

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par la commune de Jouarre afin d'organiser les services périscolaires, la restauration scolaire, l'étude surveillée et l'accueil de loisirs. Elles sont traitées conformément au Règlement (UE) 2016/679 (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition dans les conditions prévues par la réglementation applicable. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative à vos données personnelles, vous pouvez contacter la mairie.

