

# INSCRIPTIONS SCOLAIRES ET ACCUEILS DE LOISIRS 2025/2026



ÉCOLE MATERNELLE

**Hastings**



ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

**Colleville**



ACCUEILS

**Jeuvesse**

## DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

### Éléments à fournir



- Attestation de quotient familial CAF ou MSA
- Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Livret de famille
- Carnet de santé (page vaccination)

# FICHE PARENTALE

## Responsable légal 1

Autorité parentale  oui  non

Père  Mère  Tuteur Date de naissance : .....

Marié · e  Union Libre  Pacsé · e  Veuf · ve  Divorcé · e  Séparé · e  Célibataire

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

Courriel : ..... @ .....

N° Allocataire CAF : .....

## Conjoint · e (si différent du responsable légal 2)

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

## Responsable légal 2

Autorité parentale  oui  non

Père  Mère  Tuteur Date de naissance : .....

Marié · e  Union Libre  Pacsé · e  Veuf · ve  Divorcé · e  Séparé · e  Célibataire

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

Courriel : ..... @ .....

N° Allocataire CAF : .....

## Conjoint · e (si différent du responsable légal 1)

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

# LES AUTORISATIONS PARENTALES

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

## Transport

Nous autorisons la commune de Dives-sur-Mer à transporter notre enfant dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires, par l'équipe d'encadrement et par les moyens collectifs (car, minibus ...) :  OUI  NON

## Droit à l'image

Nous autorisons notre enfant à être filmé ou photographié pour une utilisation comme support de communication (site Internet, page Facebook de la ville, Bulletin Municipal, presse écrite...) :

Temps scolaire  OUI  NON

Temps périscolaire  OUI  NON

## Consultation CDAP

Nous autorisons le service chargé de l'inscription à consulter notre quotient familial sur l'accès CDAP (Consultation des Dossiers par les Partenaires) de la CAF :

OUI  NON

## Arrivée/Départ Pour les préados (11 - 13 ans) uniquement

Nous autorisons notre enfant à :

Arriver et partir seul (mercredis et vacances scolaires) :  OUI  NON

Arriver seul en dehors du créneau 13 H 30 - 14 H (mercredis) :  OUI  NON

Partir seul avant 17 H (mercredis) :  OUI  NON

Fait le : ...../...../.....

Signatures des responsables légaux :

# FICHE CONTACT

NOM : ..... Prénom : ..... Classe : .....

Veuillez indiquer ci-dessous **les personnes majeures** habilitées à venir chercher l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence (les responsables légaux ne doivent pas être mentionnés ici).

## Personne 1

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

## Personne 2

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

## Personne 3

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

## Personne 4

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

Veuillez indiquer ci-dessous **les personnes mineures** autorisées par les responsables légaux à venir chercher l'enfant à la sortie des services périscolaires et extrascolaires .

## Personne 1

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

## Personne 2

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél. portable : ..... Tél. pro : .....

# ANNÉES SCOLAIRE 2025/2026

Fiche d'inscription annuelle ou occasionnelle  
Restaurant scolaire et accueils périscolaires

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

## Accueil Les Tillents – le mercredi (de septembre 2025 à juillet 2026)

Inscription :  OUI  NON Si oui, pensez à faire vos réservations via le Portail Familles.

## Accueil périscolaire du matin

Toute l'année  : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  à partir du : ...../...../.....

occasionnellement

## Accueil restauration scolaire du midi

Toute l'année  : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  à partir du : ...../...../.....

occasionnellement

## Régimes spécifiques

Sans viande

Sans porc

P.A.I   
joindre une copie

## Accueil périscolaire du soir

Toute l'année  : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  à partir du : ...../...../.....

occasionnellement

NOM et Prénom du responsable légal signataire :

Date : ...../...../.....



## 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.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  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 : .....

ADRESSE : .....

PRÉNOM : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : .....

ADRESSE : .....

PRÉNOM : .....

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 : .....