



DOSSIER INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES 2025/2026

**EN CAS DE PAYEURS MULTIPLES, DE GARDE ALTERNÉE, DE SÉPARATION
OU DE DIVORCE, MERCI DE COMPLÉTER UN DOSSIER PAR PAYEUR.**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE OU VOS ENFANTS

Classe pour l'année 2025/2026 : _____

NOM : _____	Prénoms : _____
Né(e) le : _____	à : _____

LE CAS ÉCHÉANT, PRÉCISER LE TYPE DE HANDICAP OU DE PAI	PERCEVEZ- VOUS L'AEEH	PRÉCISER SI RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Classe pour l'année 2025/2026 : _____

NOM : _____	Prénoms : _____
Né(e) le : _____	à : _____

LE CAS ÉCHÉANT, PRÉCISER LE TYPE DE HANDICAP OU DE PAI	PERCEVEZ- VOUS L'AEEH	PRÉCISER SI RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

TUTEUR (si famille d'accueil, foyer ou village d'enfants* - * *Rayer la mention inutile*)

Structure d'accueil : _____ Nom, prénom du référent : _____
Adresse : _____ Tél. : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom, prénom : _____	Tél : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Nom, prénom : _____	Tél : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Nom, prénom : _____	Tél : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Nom, prénom : _____	Tél : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

REPRÉSENTANT LÉGAL 1	REPRÉSENTANT LÉGAL 2
Lien de parenté : _____	Lien de parenté : _____
Nom : _____	Nom : _____
Nom de naissance : _____	Nom de naissance : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
N° CAF ou MSA : _____	N° CAF ou MSA : _____
Portable : _____ / _____ / _____ / _____ / _____	Portable : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Courriel : _____	Courriel : _____
Nom et adresse de l'employeur : _____ _____	Nom et adresse de l'employeur : _____ _____
Tél. pro : _____ / _____ / _____ / _____ / _____	Tél. pro : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
SITUATION FAMILIALE	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparé (e)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Séparé (e)
<input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve)

FACTURATION

Les modalités de facturation sont détaillées dans le règlement intérieur du Service Périscolaire joint au dossier d'inscription.

RENSEIGNEMENT SUR LE PAYEUR

Représentant légal 1 Représentant légal 2 Autre : dans ce cas compléter les coordonnées ci-dessous

NOM Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Code postal et ville : _____

Mail : _____

N° CAF ou MSA : _____

Lien de parenté : _____

MODE DE PAIEMENT

Payfip, QR Code, voie postale Prélèvement, joindre un RIB. Le service Périscolaire vous contactera ultérieurement

GARDE ALTERNÉE

Attention : la facture sera établie selon des semaines paires et impaires fixées pour toute l'année scolaire dans le tableau ci-dessous. Préciser le nom de la personne qui viendra récupérer le ou les enfants.

En cas de particularité de garde, prendre contact auprès du secrétariat du service Périscolaire.

Nom de la personne	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Semaine paire	Semaine impaire

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) : _____ représentant légal de l'enfant : _____

autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom, prénom : _____ Lien : _____ Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom, prénom : _____ Lien : _____ Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom, prénom : _____ Lien : _____ Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom, prénom : _____ Lien : _____ Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

autorise mon enfant à quitter seul la structure (uniquement pour les enfants de 7 ans révolus) :

Pour cela soit possible, il est impératif de prévenir à chaque fois, et par écrit, courriel ou mail, la directrice de l'accueil périscolaire, avec les jours concernés et l'heure de départ.

Départ à l'année

Départs occasionnels

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre des activités périscolaires et en accord avec l'article 9 du Code Civil portant sur l'autorisation de publication de photographies :

J'autorise la capture et la diffusion de photos, de sons ou de vidéos à vocation éducative ou de communication interne ou externe de la commune, ou de ses prestataires, (publication de presse, blog, site internet) sur lesquelles figure mon enfant. Cette autorisation pourra être retirée en adressant une demande par courrier. La présente autorisation est inaccessible.

Je n'autorise pas la capture et la diffusion de photos, de sons ou de vidéos à vocation éducative ou de communication interne ou externe sur lesquelles figure mon enfant.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le règlement intérieur du périscolaire est à consulter sur le site de la mairie : nazellesnegron.fr ou du portail famille : espace-citoyens.net/valdamboise/espace-citoyens/

Le fait d'inscrire votre ou vos implique l'acceptation pleine et entière du règlement intérieur.

Fait à Nazelles-Négron, le _____

Signature accompagnée
de la mention « Lu et approuvé »

Protection des Données personnelles : Les informations recueillies dans cette fiche d'inscription, le sont dans le cadre d'une mission d'intérêt public exercées par la commune de Nazelles-Négron. Elles sont destinées à assurer l'organisation, le fonctionnement et les activités statistiques de la structure d'accueil gérée par la commune de Nazelles-Négron. Elles seront traitées uniquement par ce service. Les données collectées seront, seulement, transmises aux communes d'Amboise, de Pocé-Sur-Cisse et la CCVA. Aucune utilisation à des fins lucratives et commerciales n'est autorisée. Elles seront conservées pour une durée de 7 ans.

En application du Règlement UE dénommé "Règlement Général sur la Protection des Données" (RGPD) du 27 avril 2016 et de la Loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, chaque personne concernée par les données collectées dispose d'un droit d'accès, de rectification voire d'effacement.

En outre, elle peut disposer d'un droit d'opposition, de portabilité ou de limitation du traitement. Pour toute question ou l'exercice des droits mentionnés, il faut contacter le Délégué à la Protection des Données : DPO, Communauté de Communes du Val d'Amboise, 9 bis rue d'Amboise, 37530 Nazelles-Négron. Par mail : dpo@cc-valdamboise.fr. Il est, également, possible d'introduire une plainte ou une réclamation auprès d'une autorité Indépendante : la CNIL, 3 place de Fontenay 75334 Paris (www.cnil.fr).



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
Diphétérie				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 : 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 :

INFORMATIONS, DOCUMENTS ET PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR POUR CHAQUE FAMILLE

- Dossier (4 pages) à retourner INTÉGRALEMENT complété.** Renseigner un dossier par payeur en cas de payeurs multiples.
- Photocopies des pages « vaccins » du carnet de santé.**
- Si votre enfant a un projet d'accueil individualisé (PAI),** merci de fournir le protocole d'accueil complet pour l'année scolaire en cours, la prescription médicale et prévoir de remettre les médicaments à la direction, le jour de la rentrée.
- Attestation MDPH pour les enfants déclarés porteurs de handicap.**
- Copie de toutes les pages du livret de famille.**
- Copie du jugement de divorce le cas échéant.**
- Attestation d'assurance en cours de validité (responsabilité civile ou individuelle accident).**
- Attestation MSA si concerné (avec quotient familial indiqué dessus).**
- RIB (si vous souhaitez adhérer au prélèvement automatique et que vous n'avez pas déjà donné votre RIB).**