

Ville de Delle
Place François Mitterrand - 90100 DELLE

Tel: 03.84.36.66.68
Email: enfance@delle.fr

ENFANT

Nom		Prénom	
Date de naissance		Sexe	F ☐ M ☐
Ecole		Classe 2025-2026	
Nom de l'enseignant(e)			

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Responsable légal 1 M. ☐ Mme ☐

Nom	
Prénom	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Email	
Téléphone personnel	
Mobile personnel	
Téléphone professionnel	
Mobile professionnel	
N° Sécurité Sociale	

Nom et Adresse de l'Organisme versant les prestations familiales

N° Allocataire (**obligatoire**)

Nombre d'enfants à charge

Profession

Nom et Adresse de l'employeur

Responsable légal 2 M. ☐ Mme ☐

Nom	
Prénom	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Email	
Téléphone personnel	
Mobile personnel	
Téléphone professionnel	
Mobile professionnel	
N° Sécurité Sociale	

Nom et Adresse de l'Organisme versant les prestations familiales

N° Allocataire (**obligatoire**)

Nombre d'enfants à charge

Profession

Nom et Adresse de l'employeur

MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom
Adresse
Code postal Ville
Téléphone

ASSURANCE

Compagnie N° de police

VACCINS

Joindre la copie du carnet de vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

MALADIES CONTRACTEES

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Otite	Rougeole	Oreillons	Autre	Autre
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐		

ALLERGIES ALIMENTAIRES ET AUTRES INFORMATIONS

Allergies alimentaires Oui ☐ Non ☐

L'enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? Oui ☐ Non ☐ Si oui joindre la copie

Autre(s) Allergie(s) Oui ☐ Non ☐

L'enfant mange-t-il du porc ? Oui ☐ Non ☐ L'enfant mange-t-il de la viande ? Oui ☐ Non ☐

Traitement médical Oui ☐ Non ☐ Si oui lequel

Si traitement médical joindre l'ordonnance du médecin (obligatoire)

Autres problèmes de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation, lentilles, lunettes, prothèses...)

L'enfant est-il à besoin particulier ? (DYS, handicap, TDA(H), TSA / notification MDPH...) Oui ☐ Non ☐

DROIT AUX LIBERTES

J'autorise la prise de photos et vidéos de mon enfant à des fins de diffusions Oui ☐ Non ☐

J'autorise mon enfant à rentrer seul (à partir du CP) Oui ☐ Non ☐

CONTACTS DE LA FAMILLE *Par ordre de priorité à contacter* (autres que les responsables légaux).

Contact 1

Nom Prénom
Téléphone Mobile
Adresse
Code postal Ville
Lien avec l'enfant
J'autorise mon enfant à quitter les lieux d'animations avec cette personne Oui ☐ Non ☐

Contact 2

Nom Prénom
Téléphone Mobile
Adresse
Code postal Ville
Lien avec l'enfant
J'autorise mon enfant à quitter les lieux d'animations avec cette personne Oui ☐ Non ☐

Contact 3

Nom Prénom
Téléphone Mobile
Adresse
Code postal Ville
Lien avec l'enfant
J'autorise mon enfant à quitter les lieux d'animations avec cette personne Oui ☐ Non ☐

Contact 4

Nom Prénom
Téléphone Mobile
Adresse
Code postal Ville
Lien avec l'enfant
J'autorise mon enfant à quitter les lieux d'animations avec cette personne Oui ☐ Non ☐

INSCRIPTIONS SUR LES DIFFERENTS ACCUEILS

Cocher les cases où votre enfant sera présent	ACCUEIL DU MATIN à partir de 7h30	RESTAURATION	ACCUEIL DU SOIR jusqu'à 18h30	ETUDES	Inscription à l'année	
					OUI	NON
LUNDI						
MARDI						
JEUDI						
VENDREDI						

Cocher les cases où votre enfant sera présent	ACCUEIL DU MATIN à partir de 7h45	MATIN 8h30 à 12h	RESTAURATION	APRES-MIDI 13h30 à 17h	ACCUEIL DU SOIR jusqu'à 17h45	Inscription à l'année	
						OUI	NON
MERCREDI							

TRANSPORT SCOLAIRE ECOLE MATERNELLE LOUIS PERGAUD

	Matin	Midi	13h	Soir	Inscription à l'année	
					OUI	NON
LUNDI						
MARDI						
JEUDI						
VENDREDI						

Nom de l'arrêt de bus

Nom de la personne présente à la sortie du bus

Adresse

N° de téléphone

Avez-vous signé et joint les règles de conduite ?
 OUI ☐ NON ☐ Si non, merci de les demander au Service Sports et Jeunesse

Remarques :

En cas de modification ou d'annulation des inscriptions, merci de prévenir au plus tard le jour même avant 9h30, pour le mercredi avant la veille 9h30. Pour toute absence non signalée une facturation sera automatiquement effectuée.

Je soussigné(e)

Responsable légal (e) de l'enfant

- Déclare exacts les renseignements portés sur ce document,
- Autorise le responsable des accueils périscolaires à faire pratiquer toutes interventions médicales ou chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs à rembourser le montant des frais médicaux,
- Autorise mon enfant à participer aux activités dans le cadre des différents temps d'accueils,
- Autorise la ville de Delle à transporter mon ou mes enfants dans les activités nécessitant un déplacement. Ce dernier peut être organisé aux moyens d'un bus, d'un mini bus, à pied ou de manière exceptionnelle au moyen d'une voiture de service de la commune,
- Autorise la ville de Delle à consulter mon quotient familial CAF pour définir le tarif qui sera appliqué.

Fait à Delle le,

Signature du responsable légal (e)