

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLES

Accueils périscolaires – Année 2025-2026

VILLE DE RUELLE SUR TOUVRE



L'ENFANT

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Lieu de Naissance :

Classe :

Mon enfant fréquentera les services suivants au cours de l'année :

- Accueil périscolaire du matin 7h00-8h30 (garderie payante)
- Pause méridienne (pour les enfants inscrits aux Restaurants Scolaires)
- Accueil périscolaire du soir 16h15-19h00 (garderie payante)

LA FAMILLE

Responsable légal.e 1 (destinataire des factures) : Père - Mère - Autre (rayer la mention inutile)

Nom marital : Nom de naissance :

Prénom :

Né.e le : Lieu de Naissance :

Situation familiale : célibataire marié.e vie maritale pacsé.e séparé.e divorcé.e veuf.ve (rayer la mention inutile)

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse email :

Nom de l'employeur :

Téléphone de l'employeur :

N° Allocataire CAF ou MSA :

Quotient Familial :

Responsable légal.e 2 Père - Mère - Autre (rayer la mention inutile)

Nom marital : Nom de naissance :

Prénom :

Né.e le : Lieu de Naissance :

Situation familiale : célibataire marié.e vie maritale pacsé.e séparé.e divorcé.e veuf.ve (rayer la mention inutile)

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse email :

Nom de l'employeur :

Téléphone de l'employeur :

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE MON ENFANT EN CHARGE (autres que responsables légaux) :

Nom, prénom, Téléphone, Lien avec l'enfant :

.....

Nom, prénom, Téléphone, Lien avec l'enfant :

.....

Nom, prénom, Téléphone, Lien avec l'enfant :

.....

Numéro de sécurité sociale :

Médecin traitant :

- VACCINS OBLIGATOIRES À JOUR : oui non

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), fournir un certificat médical de contre-indication.

- ASTHME : oui non

Si oui, cet asthme nécessite-t-il un traitement d'urgence comme la Ventoline, dans ce cas, joindre une ordonnance de moins d'un mois et le médicament dans son emballage d'origine avec la notice correspondante.

- ALLERGIES :

* ALIMENTAIRE : oui non

si oui, précisez causes, symptômes, traitement :

*MÉDICAMENTEUSE : oui non

si oui, précisez causes, symptômes, traitement :

*AUTRES ALLERGIES : oui non

si oui, précisez causes, symptômes, traitement :

- TRAITEMENT MÉDICAL :

L'enfant suit un traitement quotidien : oui non

si oui, précisez :

Si l'équipe encadrante doit administrer un traitement, joindre obligatoirement les médicaments dans leurs emballages d'origines marqués au nom de l'enfant avec une ordonnance récente dans un contenant plastique avec la photo de l'enfant.

L'enfant a besoin d'un traitement d'urgence : oui non

Fournir le protocole d'urgence

- PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) :

Ces allergies, asthme et /ou pathologie nécessitent-ils la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé : oui non

Un PAI doit être mis en place pour accueillir l'enfant sur les temps périscolaires (garderies du matin et du soir et temps méridien)

- SUIVI MÉDICAL :

Votre enfant est-il suivi par :

▶ un orthophoniste oui non

▶ un pédopsychiatre oui non

▶ un institut spécialisé oui non

▶ autre (préciser) oui non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- RÉGIME ALIMENTAIRE :

▶ sans porc oui non

▶ sans viande oui non

▶ autre oui non

- AUTRES PARTICULARITES :

▶ port de lunettes ou lentilles oui non

Si oui, permanent occasionnel (écrans, lecture)

▶ appareil auditif oui non

▶ appareil dentaire oui non

Je soussigné.e,

Responsable légal de l'enfant

- Certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche d'inscription et

m'engage à les réactualiser si nécessaire,

- Autorise le personnel à prendre mon enfant en photo et/ou vidéo pour les usages suivants :
 - Expositions internes oui / non
 - Articles dans la presse locale ou bulletins municipaux oui / non
 - Site internet et réseaux sociaux des Communes oui / non
- Autorise mon enfant à sortir seul de l'accueil périscolaire du soir..... oui / non

À

Le

Signature (des deux parents, Responsable légal)

PIECES À FOURNIR :

- Copie carnet de santé (vaccins)
- Copie attestation responsabilité civile ou assurance scolaire 2025-2026
- Attestation récente du quotient familial, si non allocataire, fournir votre dernier avis d'imposition
- En cas de séparation, copie du jugement de divorce
- En cas de problème de santé, copie du Projet d'Accueil Personnalisé (PAI)

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

**DOSSIER À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT EN GARDERIE
OU A LA MAIRIE AVANT LE 11 JUILLET 2025**

Pour tous renseignements : Mairie de Ruelle sur Touvre | Service affaires scolaires | 05.45.65.89.36