



DOSSIER ADMINISTRATIF - Service périscolaire

Restauration - Accueil périscolaire - Étude surveillée

Année scolaire 2025-2026

1^{ère} INSCRIPTION

Documents à fournir :

- Attestation d'assurance avec la mention « périscolaire/extrascolaire »** responsabilité civile et garantie individuelle d'accident (obligatoire pour être inscrit au service périscolaire)
- Attestation du Quotient familial (CAF) de moins de 3 mois** ou dernier avis d'imposition pour les non-allocataires : en l'absence d'attestation, les tarifs les plus élevés seront appliqués
- Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB)** si vous souhaitez mettre en place le prélèvement automatique
- Justificatif des vaccinations obligatoires à jour** (information disponible sur le site de la commune/périscolaire)
- Extrait du jugement de divorce** concernant les modalités de garde et de responsabilité vis-à-vis de l'enfant et précisant qui est dépositaire de l'autorité parentale
- Le cas échéant, l'attestation AEEH** (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)

ENFANT(S)

NOM et Prénom	Sexe	Date de naissance	Niveau de classe

Autorisez-vous vos ou votre enfant à sortir seul à la fin des services auxquels il est inscrit (accueil périscolaire ou étude surveillée) ?

Prénom de l'enfant			
.....
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

1er ADULTE AU FOYER : Père Mère Tuteur

Situation familiale : Célibataire Divorcé Marié Pacsé Séparé Union libre Veuf(ve)

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Email : Date de naissance.....

Profession* : Tél. professionnel* :

*facultatif

2ème ADULTE AU FOYER : Père Mère Conjoint / Concubin

NOM : Prénom :

Date de naissance.....

Tél. portable : Email :

Profession* : Tél. professionnel* :

*facultatif

Si il ou elle n'est pas le père ou la mère, est-il ou elle autorisé(e) à récupérer l'enfant ? Oui Non

En cas de séparation des parents, merci de compléter le cadre ci-dessous et de nous faire parvenir l'extrait du jugement de divorce concernant les modalités de garde et de responsabilité vis-à-vis de l'enfant.

AUTRE PARENT, NON DOMICILIE A LA MEME ADRESSE : Père Mère Garde alternée : oui non

NOM : Prénom :

Adresse

Code postal : Ville : Profession * :

Tél. domicile: Tél portable :

Email :

Est-il autorisé à récupérer l'enfant ? Oui Non

*facultatif

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher le ou les enfant(s) et/ou à contacter en cas d'absence des parents

Attention si cette fiche n'est pas remplie seuls les parents seront autorisés à récupérer le ou les enfant(s)

NOM et Prénom	Téléphone(s)	Lien avec enfant(s)

En cas de changement, vous devez mettre à jour ces renseignements sur le Portail Famille

COMPLEMENT D'INFORMATION

– **CAF** : A partir du numéro d'allocataire CAF, la commune de La Buisse met à jour chaque mois le quotient familial automatiquement par l'intermédiaire du logiciel de traitement des inscriptions (portail BL enfance) pour établir les factures au plus près des situations familiales.

En donnant mon numéro d'allocataire CAF (rayer la mention inutile):

- J'autorise la commune de La Buisse à récupérer mon quotient familial auprès de la CAF.
- Je ne transmets pas mon quotient familial et le tarif maximal me sera donc appliqué.

Numéro allocataire CAF :

Votre enfant est bénéficiaire du dispositif AEEH* porté par la CAF: OUI NON Démarches en cours

*Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - Cette information permet à la commune d'évaluer le niveau d'encadrement nécessaire permettant l'accueil des enfants en situation de handicap pendant le service périscolaire afin de mieux assurer leur accompagnement individuel.

Si non allocataire CAF, préciser (MSA, autre) :

– **ASSURANCE** : (l'assurance extrascolaire/périscolaire est obligatoire)

Nom de la compagnie : N° de police du contrat :

– **AUTORISATION POUR PHOTOS ET VIDEO** :

Autorise le service périscolaire à utiliser des photos ou vidéos sur lesquelles apparaissent mon(mes) enfant(s) à destination de différents supports (site internet de la commune, journal municipal, expositions, kermesse des écoles)

Oui Non

FICHE SANITAIRE**ENFANT 1 : Nom :****Prénom :**Votre enfant suit-il un régime alimentaire : Oui Non

Si oui, merci de préciser ci-dessous :

-
- Sans viande
-
-
- Sans porc

Allergies alimentaires connues (non substituables) :
.....L'enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non Votre enfant suit-il un traitement médical particulier : oui non Allergies médicales connues ou antécédents médicaux spécifiques (*cette information est demandée pour toute intervention des services d'urgence*) :
.....

Médecin de famille : NOM : Tél :

Adresse :

Je soussigné, responsable légal du mineur, autorise le responsable de l'accueil périscolaire ou ses délégués :

- à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur

- à contacter le SAMU ou les pompiers en cas d'urgence

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement de l'information pour le service **FICHE SANITAIRE****ENFANT 2 : Nom :****Prénom :**Votre enfant suit-il un régime alimentaire : Oui Non

Si oui, merci de préciser ci-dessous :

-
- Sans viande
-
-
- Sans porc

Allergies alimentaires connues (non substituables) :
.....L'enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non Votre enfant suit-il un traitement médical particulier : oui non Allergies médicales connues ou antécédents médicaux spécifiques (*cette information est demandée pour toute intervention des services d'urgence*) :
.....

Médecin de famille : NOM : Tél :

Adresse :

Je soussigné, responsable légal du mineur, autorise le responsable de l'accueil périscolaire ou ses délégués :

- à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur

- à contacter le SAMU ou les pompiers en cas d'urgence

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement de l'information pour le service **FICHE SANITAIRE****ENFANT 3 : Nom :****Prénom :**Votre enfant suit-il un régime alimentaire : Oui Non

Si oui, merci de préciser ci-dessous :

-
- Sans viande
-
-
- Sans porc

Allergies alimentaires connues (non substituables) :
.....L'enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non Votre enfant suit-il un traitement médical particulier : oui non Allergies médicales connues ou antécédents médicaux spécifiques (*cette information est demandée pour toute intervention des services d'urgence*) :
.....

Médecin de famille : NOM : Tél :

Adresse :

Je soussigné, responsable légal du mineur, autorise le responsable de l'accueil périscolaire ou ses délégués :

- à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur

- à contacter le SAMU ou les pompiers en cas d'urgence

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement de l'information pour le service

Attestation sur l’honneur

Je soussigné(e) :

- Avoir souscrit une assurance extrascolaire/périscolaire.
- Déclare avoir pris connaissance du fonctionnement et du **Règlement Intérieur du Service Périscolaire** des écoles maternelle et élémentaire de La Buisse, et en accepter les termes.
- Déclare avoir pris connaissance des règles de vie du service illustrées avec mon enfant.
- Accepte les conditions de sortie du service périscolaire telles que mentionnées ci-dessus (personnes autorisées et autorisation de sortie seul).
- M’engage à mettre à jour si nécessaire durant l’année scolaire les renseignements :
 - Autorisation de sortie, coordonnées : sur le Portail Famille
 - Données sanitaire, situation familiale : par mail au service périscolaire
- En fournissant mon RIB, j’accepte le prélèvement automatique.

Fait à : Le :
Signature :

Mention d’information :

Les informations recueillies dans ce formulaire sont destinées aux services de la Commune de La Buisse, aux services de l’Éducation nationale, de la recette des finances et de la CAF. Elles sont recueillies dans le but de procéder à l’inscription périscolaire de votre enfant ainsi que de transmettre des informations liées à la vie de l’enfant à l’école. Ce traitement est nécessaire au respect d’une obligation légale et repose sur une mission d’intérêt public. Afin de rendre le service attendu, tous les champs sont obligatoires, sauf ceux marqués d’une étoile. Vos données seront conservées dans notre base active pendant une durée de 10 ans, à compter de la dernière inscription de votre enfant. Dans ce contexte, et conformément au règlement (UE) 2016/679 et à la loi «Informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez notamment d’un droit d’accès, de rectification, de limitation ou d’opposition et d’effacement pour motifs légitimes. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données par voie électronique : dpo@paysvoironnais.com ou par courrier postal : Délégué à la protection des données – Commune de La Buisse – Place Marcel Vial – 38500 La Buisse. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits CADRE RESERVE A L’ADMINISTRATION

CADRE RESERVE A L’ADMINISTRATION

Dossier réceptionné le : par :

Enfant 1 : Classe/école :

Enfant 2 : Classe/école :

Enfant 3 : Classe/école :

Enfant 4 : Classe/école :

DOSSIER COMPLET :

DOSSIER INCOMPLET :

Motif :

CHANGEMENT FAIT :