



FICHE D'INSCRIPTION

Périscolaire et extra-scolaire 2025/2026



Je souhaite inscrire mon enfant pour :

- ☐ l'Accueil de Loisirs extra-scolaire (vacances scolaires)
- ☐ l'Accueil de Loisirs extra-scolaire (mercredi)
- ☐ l'Accueil périscolaire (garderie matin/midi/soir)
- ☐ la restauration périscolaire (cantine) : ☐ lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi

Horaires périscolaire et extra-scolaire : 7h15/18h30

Fiche à rendre en mairie ou par mail : acm.estissac@gmail.com ou sur site rue Laurent LESSÉRRÉ

Nom de l'enfant Prénom

Date de naissance Age Classe

Adresse

N° allocataire CAF ou MSA Quotient familial

Représentant légal 1 : facturation ☐ OUI ☐ NON (En cas des partages des factures : Contacter nos services)

Nom et prénom

Autorité parentale oui ☐ non ☐

Adresse :

Tél. domicile Tél. portable

Mail

Représentant légal 2 : facturation ☐ OUI ☐ NON

Nom et prénom

Autorité parentale oui ☐ non ☐

Adresse :

Tél. domicile Tél. portable

Mail

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (NOM - Prénom - Téléphone)

.....

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence (NOM - Prénom - Téléphone)

.....

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant

- accepte que mon enfant soit photographié et que les images soient diffusées :

☐ oui ☐ non

- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Fait à le

Signature

Pièces à fournir

- o Attestation d'assurance
- o Photocopie de la page vaccination du carnet de santé
- o Justificatif de votre Quotient familial délivré par la CAF ou la MSA (sans ce justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse :

N° de sécurité sociale :

Représentant légal 1 :

Nom, prénom et téléphone :

Représentant légal 2 :

Nom, prénom et téléphone :

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom, prénom et téléphone:

Médecin traitant

Nom et téléphone:

Assurance

Nom et n° :

♦ Problème de santé à signaler au service d'accueil municipal :

♦ En cas de traitement particulier, joindre une photocopie de l'ordonnance et indiquer les précautions à prendre :

♦ L'enfant bénéficie-t-il d'un régime alimentaire spécial ? ☐ oui ☐ non

Si oui fournir toutes les précisions à ce sujet :

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant

autorise le personnel à faire procéder en cas d'extrême urgence (arnica-arnigel) aux actes médicaux nécessaires.

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires et font l'objet d'un traitement informatisé destiné au suivi des réservations et du paiement du service. Les destinataires des données sont la Commune d'Estissac et indirectement son comptable public (responsable du traitement : Monsieur le Maire d'Estissac).

Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'Accueil collectif de mineurs d'Estissac :