

## DOSSIER A REMETTRE EN MAIRIE AVANT LE 03 JUILLET 2026

*Tout dossier incomplet ou hors délai ne pourra être traité que le 1<sup>er</sup> septembre 2026*

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Classe à la rentrée de septembre 2026 : .....

Numéro allocataire CAF : .....

Maternelle

Élémentaire

RESPONSABLE LÉGAL 1 (Obligatoire)	RESPONSABLE LÉGAL 2 (Obligatoire)
Civilité <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Civilité <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Profession : .....	Profession : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
CP, Ville : .....	CP, Ville : .....
Portable : .....	Portable : .....
Adresse email : .....	Adresse email : .....
Employeur et adresse : .....	Employeur et adresse : .....
..... ☎	..... ☎

RESTAURANT COMMUNAL	
<b>CHOIX DU FORFAIT</b>	<input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire - 4 jours ( <b>jour de la rentrée compris</b> ) <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire occasionnel * <input type="checkbox"/> Externe <p><b>* Réservation en ligne à partir du 25 août jusqu'au 27 août 2026</b>  <b>4.00 € LE REPAS : tout repas non réservé (sauf cas exceptionnel) sera facturé au prix de 6.50 €. Les repas de la semaine doivent être réservés au plus tard le jeudi de la semaine précédente avant 12h00 (aucune réservation pendant les vacances scolaires - anticiper si le jeudi est férié).</b></p>
<input type="checkbox"/> <b>PAI - Allergie ou autre pathologie</b> : mise en place d'un projet individuel personnalisé (PAI). Pour une première mise en place ou un renouvellement, prendre contact avec la direction de l'école qui met au point le PAI avec les différents partenaires. <b>Trousse médicale OBLIGATOIRE</b> pour les services périscolaires.	
<b>MODIFICATION DU FORFAIT</b> Toute modification occasionnelle de la demi-pension (ajout ou suppression d'un repas) doit intervenir avant le jeudi précédent la semaine concernée sur le portail. Les repas non annulés seront facturés.	
<b>MODALITES DE PAIEMENT</b> <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique (joindre un RIB en cas de changement ou 1 <sup>ère</sup> inscription) <input type="checkbox"/> Auprès du régisseur en Mairie <input type="checkbox"/> En ligne par Carte Bancaire <input type="checkbox"/> En CESU (uniquement la garderie)	

## GARDERIE COMMUNALE

### CHOIX DU FORFAIT

(engagement à l'année)

20 € de pénalité par présence et journée hors formule et/ou par dépassement horaire

- Formule annuelle (carpion) - 330 € à régler en  1 fois ou  3 fois
- Formule annuelle (hors carpion) - 400 € à régler en  1 fois ou  3 fois
- Formule mensuelle (matin et soir) - 50 €
- Formule mensuelle (matin uniquement) - 25 €
- Formule mensuelle (soir uniquement) - 30 €
- Formule forfaitaire occasionnelle - matin : 4 € - soir : 5€



**Pour les enfants en garde alternée, merci de bien vouloir nous communiquer le calendrier de la garde signé des 2 parents et de nous indiquer le fonctionnement des paiements du service périscolaire.**

**POUR TOUTE INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES : merci de joindre OBLIGATOIREMENT une copie du carnet de santé faisant apparaître les vaccins de votre enfant ainsi qu'une attestation de Responsabilité Civile.**

**MERCI DE LISTER ICI LES PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER LES ENFANTS :**

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants ci-dessus.

En accord avec l'article 372-2 du Code civil « à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il est fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant », je certifie en outre sur l'honneur que l'inscription aux services périscolaires de mon enfant est effectuée conjointement.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des activités périscolaires et m'engage à le respecter.

Je certifie être à jour des paiements des factures des années précédentes condition obligatoire pour toute réinscription aux activités périscolaires.

Fait à Carpiquet, le .....

**Responsable légal 1 :**

*Signature précédée de la mention « lu et approuvé »*

**Responsable légal 2 :**

*Signature précédée de la mention « lu et approuvé »*

**Pour toute demande d'information, vous pouvez joindre Madame Laurence MERLET au : 02.31.71.20.25 (sauf le vendredi) ou par mail à l'adresse suivante : [laurence.merlet@carpiquet.fr](mailto:laurence.merlet@carpiquet.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
Diphtérie				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 :