



FICHE DE RENSEIGNEMENTS AUX SERVICES PERISCOLAIRES

(Garderie, Cantine)

Année scolaire 2025/2026

Cette fiche d'inscription est à retourner au plus tard le 16/06/2025 en mairie.

Les parents

PERE

NOM :
Prénom :
Adresse :

Situation familiale :
Profession :
Nom et adresse de l'employeur :

Adresse mail* :

*** Obligatoire - Merci d'entourer sur quelle adresse mail vous souhaitez recevoir les informations via Servi-Plus**

Téléphone Domicile :
Téléphone mobile :
Téléphone travail :

MERE

NOM :
Prénom :
Adresse (si différente du père) :

Profession :
Nom et adresse de l'employeur :

Adresse mail* :

Téléphone domicile :
Téléphone mobile :
Téléphone travail :

Le(s) enfant(s)

NOM Prénom.....
Né(e) Classe

NOM Prénom.....
Né(e) Classe

NOM Prénom.....
Né(e) Classe

Personnes à contacter en cas d'impossibilité de joindre les parents

Nom : Prénom : Téléphone :
Nom : Prénom : Téléphone :
Nom : Prénom : Téléphone :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (Si frères ou sœurs mineurs le préciser)

(Merci de préciser à ces personnes qu'elles doivent être en mesure de présenter une pièce d'identité au personnel en place)

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Lien avec le / les enfant(s) :

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Lien avec le / les enfant(s) :

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Lien avec le / les enfant(s) :

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Lien avec le / les enfant(s) :

Réservation Cantine et Garderie

Si vous souhaitez que la mairie saisisse les services ci-dessous **uniquement pour vos inscriptions à l'année**, merci de cocher votre besoin. Il vous appartiendra néanmoins de modifier ces réservations en cas de besoin au cours de l'année. **Nous ne pouvons pas saisir les demandes dans le cadre des gardes alternées.**

Nom et Prénom de l'enfant :

.....

Né(e) le

Classe.....

GARDERIE DU MATIN*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

CANTINE*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

GARDERIE DU SOIR*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Nom et Prénom de l'enfant :

.....

Né(e) le

Classe.....

GARDERIE DU MATIN*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

CANTINE*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

GARDERIE DU SOIR*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Nom et Prénom de l'enfant :

.....

Né(e) le

Classe.....

GARDERIE DU MATIN*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

CANTINE*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

GARDERIE DU SOIR*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Nom et Prénom de l'enfant :

.....

Né(e) le

Classe.....

GARDERIE DU MATIN*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

CANTINE*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

GARDERIE DU SOIR*

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

*Cocher les cases pour lesquels vous souhaitez que votre enfant soit inscrit à l'année uniquement

Renseignements Médicaux de la famille

Médecin traitant : Nom : Tél :

Lieu d'hospitalisation souhaité :

N° d'allocataire :

Engagement

- J'autorise le personnel communal à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation (et anesthésie)
- Je prendrai, le cas échéant, en charge les frais nécessités par le traitement, en cas de maladie, accident ou hospitalisation
- Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire et m'engage à communiquer les éventuelles modifications à y apporter.

Conditions tarifaires

Les conditions tarifaires sont votées par le conseil municipal, communiqués aux familles en cas de changement et disponibles en mairie ainsi que sur le site Internet de la commune.

Droit à l'image

- ☐ **J'autorise** la mairie à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant réalisé dans le cadre de tous les services périscolaires sur les supports des communications municipaux ou autres.
- ☐ **Je n'autorise pas** la mairie à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant réalisé dans le cadre de tous les services périscolaires sur les supports des communications municipaux ou autres.

Je soussigné(e),, responsable de l' / des enfant(s) :, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la garderie périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à pouvoir contacter les familles en cas d'urgence et à fournir aux services médicaux les renseignements nécessaires. Les seuls destinataires sont la mairie de Doissin et les services médicaux d'urgence. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978, 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 la mairie.