



Mairie de
Versonnex

INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES ET RESTAURATION SCOLAIRE

(A déposer au service scolaire de la mairie)

Année scolaire 2025-2026

Nom-Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée à la rentrée scolaire 2025-2026 :

Pièces justificatives :

- Le présent dossier complété
- La photocopie du carnet de vaccination
- Copie du PAI (le cas échéant)
- Attestation d'assurance scolaire 2025-2026
- Copie du livret de famille
- Dernier avis CAF (ou dernier avis d'imposition **complet** ou les 3 derniers bulletins de salaire)



Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

Cadre réservé à l'administration

Date de dépôt :	Réceptionné par :
Dossier complet :	Enregistrement :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

2025-2026

ENFANT	
Identité	Photo
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
Profession et employeur :	Profession et employeur :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

**PERSONNES A CONTACTER AUTRES
QUE LES PARENTS DE L'ENFANT**

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Lien de parentalité :	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Lien de parenté :		Lien de parenté :	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Autorise les organisateurs des services périscolaires et cantine de la Commune de Versonnex, à diffuser sur le support KIDIZZ, la (les) photographie(s) ou vidéo(s) prise(s), lors d'activités ou sorties, sur laquelle (lesquelles) figure mon (mes) enfant(s).	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Etablissement hospitalier En cas d'hospitalisation, préciser l'établissement de votre choix	Réponse
Hôpital Cantonal (HUG)	OUI / NON
Hôpital de la Tour	OUI / NON
Hôpital de Nyon (GHOL)	OUI / NON
Saint-Julien-en-Genevois	OUI / NON
Hôpital privé Pays de Savoie	OUI / NON
Centre Hospitalier Alpes-Leman (CHAL)	OUI / NON
Autre, préciser :	

ATTESTATION	
Nous soussignés (*)	
Responsables légaux de l'enfant (*)	

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- Attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	1 – ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

Nom-Prénom :

RESTAURATION SCOLAIRE

Modifications : 7 jours ouvrés à l'avance

4 Jours fixes :

3 Jours fixes :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi
(Cocher les jours choisis)

2 Jours fixes :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi
(Cocher les jours choisis)

1 Jour fixe :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi
(Cocher les jours choisis)

Inscription au planning dans la limite des places disponibles

(Attention au respect des délais : le lundi de la semaine précédente)

Régime sans viande : Oui Non

Régime sans porc : Oui Non

Régime végétarien : Oui Non

Protocole d'Accueil Individualisé : Oui Non

Allergie alimentaire : Oui Non

Tarifs Cantine scolaire

Quotient Familial	Repas	PAI
0 à 400	3.00€	1.25€
401 à 900	4.80€	3.05€
901 à 1500	6,44€	4.69€
1501 à 2500	7.60€	5,55€
2501 et +	8.42€	6,67€

Nom-Prénom :

PERISCOLAIRE MATIN ET SOIR

Modifications : 3 jours ouvrés à l'avance

Matin

- 4 jours / semaine
- 3 jours / semaine
- 2 jours / semaine
- 1 jour / semaine

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Soir

- 4 jours / semaine
- 3 jours / semaine
- 2 jours / semaine
- 1 jour / semaine

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

- Inscription au planning dans la limite des places disponibles
(Attention au respect des délais : 3 jours ouvrés à l'avance)

Horaires :

Matin : 7h30 – 8h20
Soir : 16h30 – 18h30

Tarifs Péricolaires

Quotient Familial	Matin	Soir
0 à 400	0,80€	1,10€
401 à 900	1,70€	2,90€
901 à 1500	2,20€	4,30€
1501 à 2500	2,60€	5,60€
2501 à +	3,70€	6,70€

Nom-Prénom :

PERISCOLAIRE DU MERCREDI

Modifications : 3 jours ouvrés à l'avance

Matin (7h30 – 11h30)

Repas (11h30 – 13h30)

Après-midi (13h30 – 18h30)

Inscription au planning dans la limite des places disponibles

(Attention au respect des délais : le mercredi de la semaine précédente)

Régime sans viande : Oui Non

Régime sans porc : Oui Non

Régime végétarien : Oui Non

Protocole d'Accueil Individualisé : Oui Non

Allergie alimentaire : Oui Non

Tarifs Mercredis et Vacances scolaires

Quotient Familial	Matin (7h30-11h30)	Matin avec repas (7h30-13h30)	Après-midi (13h30-18h30)	Après midi avec repas (11h30-18h30)	Journée complète (7h30-18h30)
0 à 400	3,30€	5.55€	3.80€	6.05€	9,35€
401 à 900	5,10€	9.54€	5.90€	10.34€	15,44€
901 à 1500	7,40€	12.80€	8.20€	13.60€	21.00€
1501 à 2500	9,70€	15.82€	10.50€	16.62€	26,32€
2501 à +	11,50€	18.76€	12.70€	19.96€	31,46€

Tarifs Mercredis et Vacances scolaires PAI

Quotient Familial	Matin avec repas (7h30-13h30)	Après midi avec repas (11h30-18h30)	Journée complète (7h30-18h30)
0 à 400	3.80€	4.30€	7.60€
401 à 900	7.79€	8.59€	13.69€
901 à 1500	11.05€	11.85€	19.25€
1501 à 2500	14.07€	14.87€	24.57€
2501 à +	17.01€	18.21€	29.71€