



INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES ET RESTAURATION SCOLAIRE

(A déposer au service scolaire de la mairie)

Année scolaire 2026-2027

Nom-Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée à la rentrée scolaire 2026-2027 :

Pièces justificatives :

- Le présent dossier complété
- La photocopie du carnet de vaccination
- Copie du PAI (le cas échéant)
- Attestation d'assurance scolaire 2026-2027
- 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

2026-2027

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 (ne cocher qu'une seule réponse)	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

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

<u>Matin</u>	<u>Soir</u>
<input type="checkbox"/> 4 jours / semaine	<input type="checkbox"/> 4 jours / semaine
<input type="checkbox"/> 3 jours / semaine	<input type="checkbox"/> 3 jours / semaine
<input type="checkbox"/> 2 jours / semaine	<input type="checkbox"/> 2 jours / semaine
<input type="checkbox"/> 1 jour / semaine	<input type="checkbox"/> 1 jour / semaine
<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
<input type="checkbox"/> 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 Périscolaires

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€

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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

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

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**
*(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation
de sortie du territoire d'un mineur non accompagné
par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)*

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Prénom(s) :
Né(e) le : | | | | | | | | | | à (lieu de naissance) :
Pays de naissance :

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) :
Prénom(s) :
Né(e) le : | | | | | | | | | | à (lieu de naissance) :
Pays de naissance : Nationalité :
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
 Père Mère Autre (préciser) :
Adresse :
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie
Code postal : | | | | | | Commune :
Pays :
Téléphone (recommandé) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Courriel (recommandé) :

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : | 3 | 1 | 0 | 8 | 2 | 0 | 2 | 7 | inclus.
Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.
Exemple : une autorisation signée le 1^{er} septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »⁽¹⁾ :
DATE : | 0 | 1 | 0 | 9 | 2 | 0 | 2 | 6 | Signature du titulaire de l'autorité parentale :
⁽¹⁾ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION ⁽¹⁾ :

Type de document (cocher la case) : Carte nationale d'identité Passeport Autre
(Préciser :)⁽²⁾
Délivr(e) le : | | | | | | | | | |
Par (autorité de délivrance) :

⁽¹⁾ La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.
⁽²⁾ Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »