



# INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES ET RESTAURATION SCOLAIRE

(A déposer au service scolaire de la mairie)

Année scolaire 2024-2025

Nom-Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée à la rentrée scolaire :

**Pièces justificatives :**

- Le présent dossier complété
- La photocopie du carnet de vaccination
- Copie du PAI
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle accidents 2024-2025
- 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 :	Inscription à partir du :
Nombre de documents :	Réceptionné par :

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## 2024-2025

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

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
<b>Situation familiale</b> : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	<b>Situation familiale</b> : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
<b>Type</b> : Père / Mère / Autre (Précisez)	<b>Type</b> : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

**PERSONNES A CONTACTER**

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
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 :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
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
<b>Partir seul</b> : 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
<b>Prise de photo</b> : 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
<b>Sport</b> : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
<b>Hospitalisation</b> : 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-Genève	OUI / NON
Hôpital privé Pays de Savoie	OUI / NON
Centre Hospitalier Alpes-Léman (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



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 – ENFANT</b> 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 ?

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

---

---

---

---

---

---

Nom-Prénom :

# RESTAURATION SCOLAIRE

Modifications : 3 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 :**

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

Régime sans viande :       Oui       Non

Régime sans porc :       Oui       Non

Protocole d'Accueil Individualisé :       Oui       Non

Allergie alimentaire :       Oui       Non

## Tarifs Cantine scolaire

Quotient Familial	Repas	PAI
0 à 500	4,11€	2,76€
501 à 1000	5,17€	3,82€
1001 à 1500	6,44€	5,09€
1501 à 3000	7,30€	5,95€
3001 à +	8,02€	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

(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 500	0,80€	1,10€
501 à 1000	1,70€	2,90€
1001 à 1500	2,00€	4,10€
1501 à 3000	2,40€	5,40€
3001 à +	3,50€	6,50€

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 :**

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

Régime sans viande :  Oui  Non

Régime sans porc :  Oui  Non

Protocole d'Accueil Individualisé :  Oui  Non

Allergie alimentaire :  Oui  Non

### Tarifs Mercredis et Vacances scolaires

Quotient Familial	Matin (7h30-11h30)	Repas (11h30-13h30)	Repas (PAI) (11h30-13h30)	Après-midi (13h30-18h30)	Journée complète (7h30-18h30)
0 à 500	3,30€	2,25€	0,90€	3,80€	9,35€
501 à 1000	5,10€	4,44€	3,09€	5,90€	15,44€
1001 à 1500	7,30€	5,30€	3,95€	8,10€	20,70€
1501 à 3000	9,60€	6,02€	4,67€	10,40€	26,02€
3001 à +	11,40€	7,16€	5,81€	12,60€	31,16€