



DOSSIER PÉRISCOLAIRE 2026-2027

Pièces à joindre au dossier : Photocopie des pages du carnet de vaccination (avec le nom de l'enfant)

Cadre réservé à
l'administration
DATE D'ARRIVÉE :

ENFANT

Nom : Prénom : Établissement : Chateaubriand maternelle
 Né(e) le : à fréquenté Chateaubriand élémentaire
 Sexe : Masculin Féminin En classe de : Pauline Kergomard

LE FOYER

Situation familiale : Marié Pacsé Union libre Veuf (ve) Célibataire/Parent isolé
 Père Mère Autre (précisez) : Père Mère Autre (précisez) :
 Nom : Nom :
 Prénom : Prénom :
 Mail : Mail :
 Tél. travail : Tél. travail :
 Tél. portable : Tél. portable :
 Adresse du domicile :
 CP : Ville : Tél domicile :

LE FOYER 2 (UNIQUEMENT SI PARENTS SÉPARES)

Situation familiale : Marié Pacsé Union libre Veuf (ve) Célibataire/Parent isolé
 Père Mère Autre (précisez) : Père Mère Autre (précisez) :
 Nom : Nom :
 Prénom : Prénom :
 Mail : Mail :
 Tél. travail : Tél. travail :
 Tél. portable : Tél. portable :
 Adresse du domicile :
 CP : Ville : Tél domicile :

MODE DE GARDE (UNIQUEMENT SI PARENTS SÉPARES)

Partagée Alternée Exclusive (préciser le parent) :
FOYER 1 : Semaine de garde: Paire Impaire (i) Joindre un document spécifiant l'autorité parentale, le droit de garde, la répartition des charges et le planning de garde (décision de justice ; calendrier de garde)
FOYER 2 : Semaine de garde: Paire Impaire

RENSEIGNEMENTS POUR LA FACTURATION (si non renseigné, le tarif le plus élevé s'appliquera)

Foyer 1 CAF (ou cas assimilé) MSA Autre N°allocataire : Nom allocataire :
Foyer 2 CAF (ou cas assimilé) MSA Autre N°allocataire : Nom allocataire :
✓ J'autorise la Ville de Guilers à consulter nos revenus via le portail CAF Compte Partenaire afin d'adapter les tarifs à mon quotient familial.

(i) Document à joindre pour MSA ou régime de protection autre : dernier avis d'imposition

AUTORISATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Sorties et Transports : j'autorise mon enfant à participer à des sorties extérieures et à utiliser les transports nécessaires (sous la surveillance d'un accompagnant) Oui Non
Publication photos : j'autorise la Ville de Guilers à prendre des photos ou des vidéos et à les utiliser ou les publier dans un but d'informations sur les activités municipales. Oui Non
Départ des enfants scolarisés en élémentaire : j'autorise mon enfant à sortir à la fin de l'activité Surveillance. Oui Non

ADULTES HABILITÉS A VENIR CHERCHER L'ENFANT (en plus des parents de l'enfant)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	A contacter en cas d'urgence	FOYER	Validité permanente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Nom du médecin traitant : _____ Tél : _____

Vaccination (DT Polio) : date du dernier rappel : _____

Maladies : 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"/>
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"/>
Oreillons : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Régimes alimentaires – Allergies – Maladies :

Régime alimentaire Précisez : _____
Allergies alimentaires
Autres (allergies non alimentaires, maladies...)

En cas de problème de santé, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place avec le médecin scolaire :

Oui Date : _____ (fournir le document) Non (prendre contact avec la médecine scolaire 02.29.61.38.40)

La Ville se réserve la possibilité de ne pas prendre en charge un enfant faisant état de troubles de la santé tant que la famille n'a pas engagé de démarche en vue d'un PAI.

① Documents à joindre :

Obligatoire pour tous : Copie des pages vaccinations du carnet de santé

Si régime alimentaire : courrier des parents au Maire

Si allergie ou maladie nécessitant un traitement durant le temps scolaire ou périscolaire : PAI à mettre en place

Informations complémentaires (comportement, sommeil...) et autres recommandations des parents (antécédents médicaux, lunettes, appareillages,...) :

Votre enfant est-il en situation de handicap : Oui Non

Type de handicap : _____

Reconnaissance MDPH : Oui Non Demande en cours :

Percevez-vous l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) : Oui Non

Si votre enfant est en situation de handicap, prendre contact avec le Service scolaire (02.98.37.37.37) pour échanger sur les besoins de votre enfant.

RESPONSABILITÉ CIVILE

Compagnie d'assurance responsabilité civile : _____ N° de contrat : _____

Il est fortement conseillé aux familles de vérifier auprès de leur compagnie d'assurance que leur contrat couvre l'ensemble des dommages corporels auxquels peuvent être exposés leurs enfants lors des activités.

AUTORISATIONS DIVERSES

- ✓ J'atteste que tous les renseignements fournis lors de l'inscription aux activités de mon enfant sont exacts.
- ✓ Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires en collectivité.
- ✓ Je m'engage à notifier toute modification des données concernant mon enfant auprès du service éducation.
- ✓ J'autorise les services municipaux, les responsables des activités de la Ville de Guilers à prendre pour mon enfant toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence.
- ✓ J'atteste sur l'honneur avoir l'accord du deuxième parent de l'enfant (ayant l'autorité parentale) pour inscrire l'enfant aux services gérés par le pôle éducation de la Ville de Guilers.
- ✓ Je décharge la Ville de Guilers de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux d'accueil.

La signature de ce document équivaut à l'acceptation des règles de fonctionnement du service (disponible sur le site de la ville)

Signature du ou des représentant(s) légal(aux) :

Date : _____

La fiche de renseignements relative à l'inscription de vos enfants aux services périscolaires est un traitement de données personnelles géré par la Ville de Guilers en sa qualité de responsable de traitement. Les informations personnelles collectées nous permettent d'assurer la gestion du périscolaire. Les finalités sont notamment les inscriptions, le suivi et la facturation desdits services. Ces informations sont obligatoires et nécessaires à la commune pour l'exercice de ses missions d'intérêt public. Vous avez le droit d'accéder à vos informations personnelles, ou de les faire rectifier.