



VEYRIER-DU-LAC

Accueil de loisirs – Périscolaire –
Entrée en petite section de maternelle

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2026/2027

Valable jusqu'au 31 juillet 2027

ENFANT 1

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Age : Niveau scolaire 26-27: Sexe : ☐ Fille ☐

ENFANT 2

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Age : Niveau scolaire 26-27 : Sexe : ☐ Fille ☐

ENFANT 3

Nom : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Age : Niveau scolaire 26/27 : Sexe : ☐ Fille ☐

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal :

Ville :

CSP :

Email :

Tél. portable : ____/____/____/____/____

Tél. domicile : ____/____/____/____/____

Responsable légal 2 :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal :

Ville :

CSP :

Email :

Tél. portable : ____/____/____/____/____

Tél. domicile : ____/____/____/____/____

Email (qui servira d'identifiant au portail famille) :

N° d'allocataire CAF :

Quotient familial :

SORTIE DE L'ENFANT

J'autorise mon(mes) enfant(s) (à partir du CP) à rentrer seul de l'accueil de loisirs ou de l'accueil périscolaire :

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, horaire :

jours :

PERSONNES AUTORISÉES (AUTRES QUE LES PARENTS) À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

NOM/PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT (sœur, grand-mère, oncle ...)	

En dehors de ces autorisations permanentes, seule une autorisation écrite de votre part permettra à une autre personne de récupérer l'enfant. Les personnes autorisées devront présenter une carte d'identité.

ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

Nom de l'assurance : N° d'adhérent :

Adresse de l'assurance : CP et Ville :

HANDICAP- BESOINS SPECIFIQUES

Votre enfant possède une notification MDPH. OUI / NON

Votre enfant a des besoins spécifiques d'accompagnement. OUI / NON

Vous souhaitez être contacté par le service enfance jeunesse afin d'organiser une rencontre. OUI / NON

PHOTOGRAPHIE

J'autorise le personnel de la commune de Veyrier-du-Lac à prendre mon(mes) enfant(s) en photo et autorise la commune à diffuser à titre gracieux cette/ces photos sans que cela ne porte atteinte à la vie privée de mon(mes) enfant(s) : ☐ OUI ☐ NON

PIÈCES INDISPENSABLES À FOURNIR POUR LA VALIDATION DE L'INSCRIPTION

→ Fiche de renseignements et fiche sanitaire complétées en intégralité et signées

→ Photocopie du carnet de vaccination

→ Copie du PAI pour les enfants concernés

→ Attestation CAF de mois de 2 mois indiquant le montant du quotient familial ou dernier avis d'imposition sur les revenus. Pour les familles qui ne souhaitent pas transmettre cette information, le tarif le plus élevé sera appliqué.

→ Attestation d'assurance en responsabilité civile couvrant l'activité scolaire et extrascolaire

→ Justificatif de domicile de moins de 3 mois

→ Attestations de travail de l'employeur de chaque parents.

→ Avis de jugement pour les parents séparés

→ Livret de famille pour les enfants scolarisés à l'école Alice DELEAN

Je soussigné Responsable légal de(s) l'enfant(s) notés ci-dessus :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance et accepter les règlements intérieurs des différents accueils.
- ✓ M'engage à communiquer au service Enfance-Jeunesse tout changement de situation.
- ✓ Atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire.
- ✓ Autorise la communication de mes informations à l'association des parents d'élèves, pour refuser, cocher la case responsable 1 ☐ responsable 2 ☐

Fait à Veyrier-du-Lac Le :

Signature responsable 1

Signature responsable 2

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Une fiche sanitaire/enfant

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Age :

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

VACCINATIONS :

L'enfant est-il à jour du vaccin DTP ? ☐ OUI ☐ NON

Date du dernier rappel du DTP (diphtérie, tétanique et poliomyélitique) :

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin délivré par le médecin traitant si l'enfant n'est pas vacciné.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	

Allergies :

Médicamenteuses ☐ OUI ☐ NON

Alimentaires ☐ OUI ☐ NON

Autres (animaux, plantes...) ☐ OUI ☐ NON

Asthme ☐ OUI ☐ NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

PAI (projet d'accueil individualisé) en cours ☐ OUI ☐ NON (joindre une copie du protocole). **Les médicaments correspondants devront être remis dans une trousse marquée au nom/prénom de l'enfant. Les médicaments seront dans leurs boîtes d'origine, avec la notice.**

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives...)

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lunettes : ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives, dentaires : ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant mange-t-il de la viande de porc : ☐ OUI ☐ NON

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées : ☐ OUI ☐ NON

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : ☐ OUI ☐ NON

Autorisation de transport en véhicule de service, minibus, car de location et transports en commun :

☐ OUI ☐ NON

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'école, de l'accueil de loisirs ou le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.

Fait à Veyrier-du-Lac Le :

Signature du responsable 1

Signature du responsable 2