

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Année scolaire 2026-2027

Date de retour : _____ Date de saisie : _____
Saisie par : _____

Cadre réservé à l'administration



Enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : F M

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse de résidence de l'enfant : _____

Commune et code postal : _____

Assurance responsabilité civile : _____ Numéro : _____

Etablissement fréquenté par l'enfant en 2025-2026 : _____

Classe fréquentée par l'enfant en 2025-2026 : _____

Responsable 1

Père Mère

Autre (préciser) : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Commune et code postal : _____

Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____

Tél. professionnel : _____

Email : _____

Profession : _____

Nom employeur : _____

Adresse employeur : _____

Régime Général MSA

Situation familiale :

Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e)
 Célibataire Séparé(e) Veuf(ve)
 Garde alternée Divorcé(e)

Existe-t-il (par décision de justice) une personne interdite à la prise en charge ?
(dans le cas d'une réponse affirmative nous présenter une copie de la décision de justice) Oui Non

Responsable 2

Père Mère

Autre (préciser) : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Commune et code postal : _____

Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____

Tél. professionnel : _____

Email : _____

Profession : _____

Nom employeur : _____

Adresse employeur : _____

Régime Général MSA

Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e)
 Célibataire Séparé(e) Veuf(ve)
 Garde alternée Divorcé(e)

Personnes à contacter

Contact autre que les responsables 1 et 2 :

Nom : _____

Prénom : _____

Type de contact : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Appel en cas d'urgence : OUI NON

Autorisé à récupérer l'enfant : OUI NON

Nom : _____

Prénom : _____

Type de contact : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Appel en cas d'urgence : OUI NON

Autorisé à récupérer l'enfant : OUI NON

Nom : _____

Prénom : _____

Type de contact : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Appel en cas d'urgence : OUI NON

Autorisé à récupérer l'enfant : OUI NON

Informations complémentaires

AUTORISATIONS

RÉPONSE

Partir seul : Vous souhaitez que votre enfant quitte seul (à partir du CP).

OUI NON

Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant de les diffuser sur les différents supports de communication (*infomairie, site, Facebook de la ville...*).

OUI NON

Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.

OUI NON

Régime particulier :

Sans porc
 Végétarien

PAI alimentaire

(fournir le document donné par l'école et complété par le médecin)

Inscriptions aux activités

VOTRE ENFANT FRÉQUENTERA-T-IL :

Accueil périscolaire du matin

OUI NON

Pause méridienne (*restauration scolaire*)

OUI NON

Accueil périscolaire du soir

OUI NON

Centre de loisirs du mercredi (*en période scolaire*)

OUI NON

Centre de loisirs des vacances scolaires

OUI NON

Ces informations nous permettront de procéder à l'ouverture des droits à nos différents services.

⚠ (il vous appartiendra de réserver les activités via le portail famille)

Informations médicales

Médecin : _____ Téléphone : _____

En cas d'accident, le personnel s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Il est impératif de signaler tout changement de coordonnées. En cas d'urgence et sur avis médical, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

Allergies :

si oui, préciser la cause et joindre le certificat médical

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

si oui, (fournir le document donné par l'école et complété par le médecin) et joindre le PAI

OUI NON

APPAREILLAGE

Lunettes : Votre enfant a t'il besoin de porter des lunettes ?

OUI NON

Appareil dentaire : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil dentaire ?

OUI NON

Appareil auditif : Votre enfant a t'il besoin de porter un appareil auditif ?

OUI NON

HANDICAP

Handicapé : Votre enfant a t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?

OUI NON

Mon enfant bénéficie d'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) :

OUI NON

VACCINS

Pour les enfants nés avant 2018, il y a 3 vaccins obligatoires : diptérie, téтанos et poliomyélite

Pour les enfants nés à partir de 2018, il y a 11 vaccins obligatoires: diptérie, téтанos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hépatite B, méningocoque C, pneumocoque, rougeole, oreillons et rubéole, à partir de 2025 : méningocoques ACWY

Ce document est non confidentiel, si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles ou si vous avez des observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance du personnel (traitement en cours, précautions particulières à prendre hors PAI...), vous pouvez le faire sous enveloppe fermée.

Je joins un courrier d'observations :

OUI NON

Liste des documents à fournir

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

Pour les deux services

- Carnet de vaccination
- Si nécessaire : acte de jugement ou autorisation parentale
- Si nécessaire : protocole d'accueil individualisé

Scolaire

- Livret de famille
- Justificatif de domicile
- Si nécessaire : certificat de radiation

Enfance (au plus tard mi-août)

- Attestation d'assurance scolaire
- Règlement intérieur 2026-2027 des services à l'enfance
- Les pièces demandées dans le Règlement Intérieur

Dossier à transmettre au pôle Education, Jeunesse & Sport (EJS) :

> soit par mail à : correspondance.ejs@saintleudesserent.fr

> soit par voie postale ou dépôt en mairie à : Pôle EJS - 14 Place de la Mairie - 60340 Saint-Leu d'Esserent

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ

Attestation

Nous soussignés* : _____

Responsables légaux de l'enfant* : _____

Certifions :

- > Communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- > 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,
- > Autoriser 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,
- > Attester sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale

Nous certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1*

Fait à : _____

Date : _____

Signature :

Responsable 2*

Fait à : _____

Date : _____

Signature :

* A remplir obligatoirement

Le Maire de Saint-Leu d'Esserent sis à 14 Place de la Mairie 60340 Saint-Leu d'Esserent a désigné l'ADICO sis à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées au suivi administratif de vos enfants au sein des services enfance et restauration scolaire de la collectivité. Les données ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées tout le temps de fréquentation de vos enfants au sein de nos services ou de leur scolarité maternelle et élémentaire. Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter le service communication par mail à communication@saintleudesserent.fr ou par voie postale à Mairie, 14 Place de la Mairie 60340 Saint-Leu d'Esserent. Si vous estimatez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.

Mairie, 14 place de la Mairie - 60340 Saint-Leu d'Esserent - **Tél. 03 44 56 87 11 et/ou 03 44 56 87 16** - www.saintleudesserent.fr