



Fiche de renseignements

Pour une nouvelle demande d'inscription aux temps d'accueil périscolaires
Restauration scolaire/ Temps relais / Ateliers découverte / Ateliers libres / Soirées jeunes
Année scolaire 2025/2026

IDENTITÉ(S) ENFANT(S) : Prénom(s) + NOM(S)

Enfants 1 :

Déjà inscrit au périscolaire Oui Non

Enfants 3 :

Déjà inscrit au périscolaire Oui Non

Enfants 2 :

Déjà inscrit au périscolaire Oui Non

Enfants 4 :

Déjà inscrit au périscolaire Oui Non

RESPONSABLES LÉGAUX

PARENT 1

PARENT 2

Civilité :

Prénom et NOM :

Adresse :

Mail :

Tél portable* :

*ou numéro joignable en journée

Civilité :

Prénom et NOM :

Adresse :

Mail :

Tél portable* :

Adresse mail principale pour la communication via l'espace famille :

J'autorise la récupération de mon quotient familial pour la tarification modulée : Oui Non

Si oui, j'indique mon numéro allocataire CAF ou MSA :

Etes-vous séparés : Oui Non **Souhaitez-vous 2 espaces famille différenciés ? :** Oui Non

Attention : La création d'un deuxième espace famille entraîne une facturation distincte de celle du premier espace et comporte un risque de double réservation sur un même temps d'accueil périscolaire.

Si oui, j'indique mon adresse mail principale pour la communication via le second espace famille :

Pour le second espace famille, j'autorise la récupération de mon quotient familial pour la tarification modulée : Oui Non

Si oui, j'indique mon numéro allocataire CAF ou MSA :

DOCUMENTS D'INSCRIPTION

Année scolaire 2025/2026

Nous vous demandons de consulter le règlement intérieur, disponible sur votre espace famille ainsi que sur le site de la commune. L'inscription aux temps d'accueil périscolaire vaut acceptation pleine et entière de ce règlement.

Documents à compléter (obligatoires) :

- Fiche de renseignements
- Fiche sanitaire de liaison (1 par enfant)

Pièces à fournir :

- Attestation d'assurance pour les activités périscolaires (garanties responsabilité civile et accident corporel).
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- Si vous êtes allocataire CAF, votre attestation de quotient familial.
- Pour les non-allocataires CAF, afin de calculer le quotient familial, dernier avis d'imposition sur le revenu (pour chaque membre du couple pour les personnes non mariées ou les familles recomposées).

En l'absence de données permettant le calcul du quotient familial, les tarifs modulés ne seront pas pris en compte et le montant maximum de la grille tarifaire sera appliqué.

- PAI** : si l'accueil de votre enfant nécessite un Projet d'Accueil Individualisé pour raisons médicales.

Le PAI est un document officiel saisi par le chef d'établissement et le médecin scolaire.

- Pour les PAI, joindre une ordonnance de moins de 3 mois et les médicaments correspondants.

L'inscription et la participation de votre enfant aux temps d'accueil périscolaire ne seront acceptées que si votre dossier d'inscription est complet.

Protection des données personnelles

Les informations recueillies sur ce formulaire sont traitées par le service enfance jeunesse et vie associative de la Commune de Poisat dans le cadre de la gestion de l'inscription des enfants aux accueils de loisirs : restaurant scolaire/temps relais/ateliers découvertes/ateliers libres. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public de la commune.

Vos données ne sont accessibles qu'au personnel habilité de la mairie de Poisat ; elles ne sont en aucun cas diffusées à des tiers. Ces données seront conservées pour une durée d'un an. Vous pouvez retirer votre consentement sur la diffusion du droit à l'image à tout moment. Vous pouvez également accéder aux données concernant votre enfant et vous-même, demander leur rectification, exercer votre droit à la limitation et à l'opposition au traitement de vos données. Pour exercer ces droits, ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter : la commune de Poisat coordination.cscs@ville-poisat.fr ; le délégué à la protection des données scpd@grenoblealpesmetropole.fr. Si après avoir contacté ces services, vous estimez que vos droits sur la protection des données ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR L'ENFANT.

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 OBLIGATOIRES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Haemophilus influenzae B	
Ou Tétracoq				Méningocoque C	
				Pneumocoque	
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.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Parent 1 : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Parent 2 : 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 service enfance jeunesse et vie associative, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :