



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES 2025-2026 VILLE DE BRUYERES-SUR-OISE

Nom et prénom de l'enfant :

Adresse :
.....
.....

Né(e) le

À

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Email de référence pour le Portail famille :

Si l'enfant a de la fratrie dans l'école, prénom et nom de l'enfant :

.....

GENERALITES

Repas / Régime alimentaire

- ☐ Sans régime particulier
- ☐ Sans porc
- ☐ Halal
- ☐ PAI (Allergies Alimentaires)

Renseignements CAF

N° Allocataire :

Quotient familial :

Nombre d'enfants à charge :

SCOLARITE

Classe de l'enfant à la rentrée de septembre 2025

Mémo

Classe :

Ecole :

Enseignant :

(Si déjà connu)

☐ 1ère inscription scolaire (PS)

☐ Passage en élémentaire (CP)

☐ Autre

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom - Prénom	Date de naissance	Téléphone	Lien de parenté

RESPONSABLES LEGAUX (En cas de garde alternée merci de remplir un dossier par parent)

Parenté :

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (responsable légal)

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse (Si différente de l'enfant) :

.....

.....

N° Portable :

N° Fixe :

Profession :

Employeur :

Parenté :

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (responsable légal)

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse (Si différente de l'enfant) :

.....

.....

N° Portable :

N° Fixe :

Profession :

Employeur :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE - INDIVIDUELLE ACCIDENT

Fournir une attestation en cours de validité pour l'année scolaire 2025-2026

Responsabilité civile ☐ OUI ☐ NON

Individuelle Accident ☐ OUI ☐ NON

NOM : N° Police :

AUTORISATIONS DE TRANSPORT - DÉPLACEMENT

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

Le personnel à utiliser tous les moyens adéquats (à pieds, bus, minibus...) pour tous les déplacements de mon enfant.

En cas de refus, j'ai pris note que mon enfant ne pourra recourir qu'au service de restauration scolaire.

Nous soussignés, responsables légaux de l'enfant
..... certifions l'exactitude des
renseignements figurant sur cette fiche et approuvons sans réserve le règlement intérieur des accueils qui m'a été remis.

Signatures du/des Représentants Légaux

Mention RGPD : Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : établissements scolaires, services municipaux, organismes ayant autorité, etc.... Depuis la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à l'agent du service PORTAIL FAMILLE.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON VILLE DE BRUYERES-SUR-OISE 2025-2026

Nom	
Prénom	
Sexe	Fille ☐ Garçon ☐
Date de naissance	/...../..... Age :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la période d'accueil du mineur à l'accueil de loisirs sans hébergement (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et des familles).

1. VACCINATIONS

Vaccins	Date	Vaccins	Date	Vaccins	Date
Diphtérie*		Rubéole-Oreillons-Rougeoles **		Coqueluche	
Tétanos*		Hépatite B**		Covid	
Poliomyélite*		Pneumocoque**		Autres (Préciser)	
Coqueluche**		Méningocoque C**			
Haemophilus**		Méningocoque B			

*Obligatoire pour tous.

**Obligatoire pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018.

2. ALLERGIES

ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquelles :

MEDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquelles :

AUTRES (animaux, plantes, pollen) Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquelles :

*Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.*

Le mineur présente-t-il un problème de santé qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui ☐ Non ☐

.....

.....

.....

.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Exemples : Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énorésie nocturne, etc ...

.....

.....

.....

.....

4. PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Les responsables légaux seront informés prioritairement.

NOM	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

5. RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable 1 : NOM :..... Prénom :.....

Adresse :.....

Tél. Domicile :.....Tél. Travail :..... Tél. Portable :.....

Responsable 2 : NOM :..... Prénom :.....

Adresse :.....

Tél. Domicile :.....Tél. Travail :..... Tél. Portable :.....

Nom Médecin traitant :..... Tél :.....

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE et SIGNATURE :

Observations :.....

.....

.....