FORMULAIRE INSCRIPTION 2026-2027

COLLEGE-SILL'ADOS

CENTRE DE LOISIRS

INFORMATION DE L'ELEVE:

Nom: _____ **Prénom:** _____

Date de naissance : ___/___/_____ Sexe : ☐ F ☐ M Classe à la rentrée : _____

Assurance scolaire: _____ N° contrat _____

RESPONSABLES LEGAUX:

La facture sera au nom du responsable 1 pour le périscolaire et le centre de Loisirs.

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Civilité	☐ Mme ☐ Mr	☐ Mme ☐ Mr
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse complète :		
Code postal – Ville :		
Téléphone domicile :		
Portable :		
Courriel :		

☐ **Parents séparés/divorcés** : merci de remplir 1 dossier par parent.

DONNEES CAF / MSA:

Document à joindre : attestation CAF de moins de 2 mois ou avis d'imposition.

Nom allocataire : _____

N° allocataire : _____

Quotient familial : _____

☐ J'autorise la consultation de mon quotient familial CAF

SANTÉ ET INFORMATIONS MÉDICALES:

Remplir en annexe le formulaire **« FICHE SANITAIRE DE LIAISON »**

☐ **Eleve nécessitant un PAI** :
Pour toute mise en place ou renouvellement, contacter le Service Enfance et Jeunesse avant la rentrée scolaire (joindre le PAI)

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

- □ Attestation CAF / MSA de moins de 2 mois ou dernier avis d'imposition
- □ Attestation d'assurance scolaire pour l'année scolaire en cours
- □ RIB obligatoire pour la mise en place du prélèvement automatique
- □ Projet d'accueil personnalisé signé par le médecin
- □ Tout document utile pour la prise en charge de votre enfant

PRESTATIONS DEMANDEES:

CENTRE DE LOISIRS

☐ Vacances scolaires 11-15 ANS

Réservations via le portail famille, sous réserve de validation.

MODALITES DE PAIEMENT

Centre de loisirs :

☐ Prélèvement automatique (joindre un RIB)

☐ Autre : _____

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT ET A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom – Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

AUTORISATIONS

☐ Mon enfant est autorisé à quitter seul le centre de loisir : Heure : _____

Signatures des représentants légaux :

DECLARATION DES RESPONSABLES LEGAUX

- ☐ J'ai pris connaissance du règlement intérieur.
- ☐ J'autorise la prise de photographies pour les supports municipaux.
- ☐ J'autorise le transport en car / mini-bus lors de sorties.
- ☐ J'autorise le personnel communal à contacter les secours en cas d'urgence.
- ☐ J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives proposées

PORTAIL FAMILLE

Gérez les réservations, annulations, factures et vos informations personnelles en ligne via le Portail Famille.

Scanner le QR code ou rendez-vous sur la page :https://portail.berger-levrault.fr/MairieSillingy74330/accueil

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2026-2027

Sill'Ado

INFORMATION DE L'ELEVE :

Nom:

Prénom:

Date de naissance :

Sexe : ☐ **F** ☐ **G**

Ecole:_____

Classe à la rentrée : _____

SANTE DE L'ENFANT Votre enfant présente t'il :

☐ **Une allergie médicamenteuse**	☐ **De l'asthme**
☐ **Une allergie alimentaire**	☐ **Un traitement médical en cours**
☐ **Un autre besoin de santé particulier :** _____	

PRECISIONS (les allergies et autres, …)

_____

_____

MEDECIN TRAITANT :

Nom du médecin : _____

Téléphone _____

VACCINATIONS OBLIGATOIRE:

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATE INJECTION/ RAPPEL
DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITE (DTP)	___/___/_____
COQUELUCHE	___/___/_____
HOMOPHILUS INFLUENZAE B	___/___/_____
HEPATITE B	___/___/_____
PNEUMOCOQUE	___/___/_____
MENINGOCOQUE C	___/___/_____
ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE (ROR)	___/___/_____

☐ Mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires (Joindre la photocopie du carnet de vaccination)

☐ Mon enfant bénéficie d'une contre-indication médicale (merci de joindre un justificatif)

☐ Mon enfant a un PAI (fournir le document)

ATTESTATIONS ET AUTORISATIONS

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus :

□ Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.
□ M'engage à informer le service enfance et jeunesse de toute modification intervenant en cours d'année.
□ Autorise les responsables des accueils périscolaires et extrascolaires de la commune de Sillingy à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant, y compris au recours des services d'urgence.

SIGNATURES

Signatures du représentant légal 1 :