



TEMPS PÉRISCOLAIRE
Fiche de renseignement
Année scolaire 2024-2025

Formulaire à remettre à la mairie ou à renvoyer par mail (periscolaire@beruges.fr) avant le premier jour d'accueil de votre enfant.

Je soussigné(e) _____ père – mère - tuteur sollicite
l'inscription aux accueils périscolaires de mon(mes) enfant(s) :

Enfant 1 - Nom: _____ **Prénom :** _____

Niveau à la rentrée 2024 : _____ Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : _____ / _____ / _____

A PARTIR DU CP UNIQUEMENT : J'autorise mon enfant à partir seul le soir OUI NON (Remplir obligatoirement)

Enfant 2 - Nom: _____ **Prénom :** _____

Niveau à la rentrée 2024 : _____ Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : _____ / _____ / _____

A PARTIR DU CP UNIQUEMENT : J'autorise mon enfant à partir seul le soir OUI NON (Remplir obligatoirement)

Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code postal : Ville :	Code postal : Ville :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Courriel :@.....	Courriel :@.....
N° allocataire CAF : (ou attestation de quotient familial ou dernier avis d'imposition)	N° allocataire CAF : (ou attestation de quotient familial ou dernier avis d'imposition)

Adresse différente de celle de l'année précédente : OUI NON

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

1 – Nom, Prénom, téléphone : _____

2 – Nom, Prénom, téléphone : _____

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (hors responsables légaux / préciser l'âge s'il s'agit d'un mineur) :

1 – Nom, Prénom, téléphone : _____

2 – Nom, Prénom, téléphone : _____

3 – Nom, Prénom, téléphone : _____

4 – Nom, Prénom, téléphone : _____

INSCRIPTION

Retourner ce formulaire à la mairie ou par courriel (periscolaire@beruges.fr) **avant le lundi 15 juillet 2024** pour bénéficier des services périscolaires dès le jour de la rentrée (02/09/2024).

Cocher les jours choisis

(Si vous ne connaissez pas vos besoins pour la rentrée de septembre 2024, vous pouvez rendre cette fiche sans compléter le tableau ci-dessous et envoyer un e-mail **avant le 26 août** pour compléter les inscriptions.)

Inscription hebdomadaire : OUI / NON

Si non : SEMAINE PAIRE / SEMAINE IMPAIRE / AUTRE

Temps Périscolaires	Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.
Accueil périscolaire du matin (7:15-8:35)					
Restauration scolaire					
Accueil périscolaire du soir (15:45-19:00)					

Pour le mercredi après-midi des fiches d'inscriptions sont transmises aux familles 3 fois dans l'année.

Principes généraux relatifs aux accueils périscolaires :

Vous inscrivez votre(vos) enfant(s) à l'année en déterminant sa(leur) fréquentation (au restaurant scolaire et aux accueils périscolaires du matin et du soir), et en précisant les jours de la semaine choisis.

Autorisations :

- J'autorise les prises de vues et l'utilisation des images par l'équipe du Temps Périscolaire de(s) l'enfant(s) cité(s) ci-dessus uniquement dans le cadre des activités des accueils périscolaires et du « Local ». (*rayez cette mention en cas de refus*).
- J'autorise mon(mes) enfant(s) à participer à des déplacements à pied ou véhiculés dans le cadre des activités périscolaires, mercredi après-midi inclus. (*rayez cette mention si refus*).

ATTENTION :

Pour des raisons de responsabilité, sans retour de la fiche d'inscription votre(vos) enfant(s) ne pourra(-ont) pas être accueilli(s) sur les temps périscolaires.

IMPORTANT :

Vous devez impérativement signaler l'annulation ponctuelle d'une inscription ou une inscription occasionnelle au service périscolaire avant l'accueil concerné (NE PAS APPELER L'ÉCOLE) :

- par téléphone/SMS (07 81 84 53 76)
- par courriel (periscolaire@beruges.fr)
- ou par courrier à la mairie.

Retrouvez l'intégralité du règlement intérieur du périscolaire sur www.beruges.fr ou à la mairie.

- Je déclare avoir vérifié les éléments au recto et certifie l'exactitude des informations fournies.
- Je m'engage à régler les factures correspondant à cette inscription.
- Je m'engage à respecter le règlement intérieur du périscolaire et à transmettre toute modification de situation au service périscolaire dans les plus brefs délais.

Béruges, le _____

**Signatures obligatoires des deux
représentants légaux**

Fiche sanitaire enfant(s)

Année 2024-2025

NOM Prénom de l'enfant 1 :

Âge :

Allergie	Commentaires - Conduite à tenir
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

Régime Alimentaire	
--------------------	--

Maladie	oui	non	Lesquelles - commentaires
L'enfant a-t-il des difficultés de santé particulières ?			
PRECAUTION(S) A PRENDRE			
L'enfant porte-t-il des lunettes ?			
A-t-il des lentilles ?			
A-t-il des prothèses auditives ?			
A-t-il des prothèses dentaires ?			

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole / Oreillons / Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser) :	

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

NOM Prénom de l'enfant 2 :

Âge :

Allergie	Commentaires - Conduite à tenir
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

Régime Alimentaire	
--------------------	--

Maladie	oui	non	Lesquelles - commentaires
L'enfant a-t-il des difficultés de santé particulières ?			
PRECAUTION(S) A PRENDRE			
L'enfant porte t'il des lunettes ?			
A t-il des lentilles ?			
A-t-il des prothèses auditives ?			
A-t-il des prothèses dentaires ?			

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole / Oreillons / Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser) :	

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Médecin traitant	Adresse	Téléphone

Assurance :

N° de police :

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du Responsable de la structure.

Je soussigné, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur légal