VILLE DE MAIZIERES-LES-METZ
Service Périscolaire et Extrascolaire
FICHE D'INSCRIPTION 2026-2027
(validité du 1er septembre 2026 au 31 août 2027)

Renseignements enfants :

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M □ F □
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Tél. domicile : _____
Tél. que l'on peut ABSOLUMENT joindre : Tél. père : _____ Tél. mère : _____
Adresse mail : _____@_____
Ecole : maternelle □ élémentaire □
Nom de l'école : _____ Classe : _____ Enseignant : _____
Particularités repas : ☐ sans porc ☐ sans viande
Régimes alimentaires (prescriptions médicales à préciser) : _____
(cf. règlement intérieur et modalités pratiques) _____

Renseignements parents :

Représentant légal : ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 Nombre d'enfants à charge de -18 ans : _____
Famille monoparentale : ☐ oui ☐ non Les deux parents travaillent : ☐ oui ☐ non
Représentant légal 1: Nom : _____ Prénom _____
Employeur : _____ Tél. employeur : _____
Représentant légal 2 : Nom : _____ Prénom _____
Employeur : _____ Tél. employeur : _____
N° Allocataire CAF Moselle : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence

1) Nom : _____ Tél. : _____
2) Nom : _____ Tél. : _____

Personnes majeures (*) habilitées à prendre en charge l'enfant à la sortie des activités autres que les parents AU MAXIMUM 3 personnes

1) _____
2) _____
3) _____

***** ou à défaut frère ou sœur de plus de 16 ans

☐ J'autorise ☐ je n'autorise pas l'utilisation des photos prises durant les activités sur lesquelles mon enfant peut figurer pour promouvoir l'activité.

Voir au verso - Fiche sanitaire à compléter et à signer impérativement →

Les informations recueillies par le secrétariat font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription de l'enfant à l'accueil périscolaire et aux accueils de loisirs. Le destinataire des données est le Service Périscolaire et Extrascolaire Conformément à la LOI n• 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant,veuillez vous adresser au secrétariat du Service Périscolaire et Extrascolaire.

Médecin traitant

Nom : _____ Téléphone : _____

Vaccinations

Joindre une copie du carnet de vaccinations ou tout justificatif attestant que les vaccinations obligatoires sont à jour.

(Si l'enfant ne dispose pas de certains vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)

Santé de l'enfant

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Joindre l'ordonnance en cours et les médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, identifiés au nom de l'enfant.

Important : tout traitement à administrer en cours d'année devra obligatoirement être accompagné d'une ordonnance valide, d'une autorisation écrite du représentant légal et des médicaments dans leur emballage d'origine et au nom de l'enfant**. Aucun médicament ne pourra être administré sans ces documents**.

Traitement ou protocole d'urgence

L'enfant nécessite-t-il un traitement ou un protocole particulier en cas d'urgence ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Allergies

Allergies alimentaires : ☐ Oui ☐ Non

Allergies médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non

Asthme : ☐ Oui ☐ Non

Autres allergies : ☐ Oui ☐ Non

Précisions et conduite à tenir : _____

Si oui, joindre un certificat médical (ou le PAI le cas échéant) précisant l'allergie et les signes d'alerte.

Antécédents ou particularités de santé

Maladie chronique : ☐ Oui ☐ Non

Hospitalisation / opération : ☐ Oui ☐ Non

Crises convulsives : ☐ Oui ☐ Non

Situation de handicap ou besoin d'aménagement spécifique : ☐ Oui ☐ Non

Précisions : _____

Informations pratiques

L'enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ Oui ☐ Non

Porte-t-il des lentilles ? ☐ Oui ☐ Non

Porte-t-il un appareil dentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Porte-t-il un appareil auditif ? ☐ Oui ☐ Non

Sommeil, comportement, énurésie, autre information utile : _____

Autorisation du représentant légal

Je soussigné(e), ..., représentant légal de l'enfant, autorise l'organisateur de l'ACM à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires, y compris le recours à un médecin et, si besoin, à un transport vers un établissement de soins.

J'autorise également la transmission des informations sanitaires utiles au responsable de l'accueil, dans le respect de la confidentialité.

Pièces à joindre

☐ Copie du carnet de vaccinations ou justificatif équivalent

☐ Ordonnance récente si traitement en cours

☐ Certificat médical en cas d'allergie ou de contre-indication particulière, si nécessaire

☐ Autres documents (PAI, notification MDPH, AEEH, …)

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités pratiques des accueils périscolaires et extrascolaires.

Fait à _____, le _____ Signature (obligatoire)