

Je soussigné(e)

- Atteste de l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier et m'engage à signaler tout changement.
- Reconnais avoir lu les règlements intérieurs et en accepte les conditions.
- Autorise l'agent chargé de l'encadrement à intervenir pour toute mesure d'urgence rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant (traitements médicaux, transport au Centre Hospitalier le cas échéant...)
- Autorise mon enfant :
 - A participer aux activités physiques, sportives, culturelles et aux sorties (piscine, parc, nature,,,) organisées par le service Animation – Jeunesse,
 - Je certifie qu'il n'existe pas de contre-indication pour sa participation à la vie collective

Date :

Signatures du ou des parent(s) demandeur(s) des services ou cocher pour validation

Responsible 1	Responsible 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAIRIE DE BRIARE
Place Charles de Gaulle
45250 BRIARE
www.villedebriare.fr

Service Enfance & Jeunesse
02.38.31.67.55
Guichetunique@villedebriare.fr

Le service est ouvert au public :
Lundi, mardi et jeudi : 9h00-11h30 et 13h30-17h
Vendredi : 9h00-11h30 et 13h30-16h30
Fermé au public le mercredi



Briare
Service
Enfance – Jeunesse
VILLE DE BRIARE

FICHE RENSEIGNEMENT PERISCOLAIRE 2024/2025

PHOTO
OBLIGATOIRE

ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : Féminin Masculin

ECOLE : CLASSE :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT :

ALLERGIES / AUTRES :

CONDUITE A TENIR :

PAI CERTIFICAT MEDICAL

PARENTS OU RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM : <input type="text"/>	NOM : <input type="text"/>
PRENOM : <input type="text"/>	PRENOM : <input type="text"/>
ADRESSE : <input type="text"/>	ADRESSE : <input type="text"/>
TELEPHONE : <input type="text"/>	TELEPHONE : <input type="text"/>
MAIL : <input type="text"/>	MAIL : <input type="text"/>
N° ALLOCATIONS FAMILIALE : <input type="text"/>	N° ALLOCATIONS FAMILIALE : <input type="text"/>
EMPLOYEUR : <input type="text"/>	EMPLOYEUR : <input type="text"/>
N° TEL PRO : <input type="text"/>	N° TEL PRO : <input type="text"/>
NOM COMPAGNIE ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE ET N° DE POLICE	
<input type="text"/>	

AUTRES PERSONNES AUTORISEES

NOM : NOM :
PRENOM : PRENOM :
TELEPHONE : TELEPHONE :
LIEN : LIEN :

AUTORISATIONS

Transport (mini-bus en cas de sortie) : oui non Filmer/photographier : oui non
A rentrer seul : oui non Diffusion de l'image : oui non

CANTINE



PRECISER PAR LA FAMILLE SUR LE PORTAIL dans régime alimentaire
1 seul choix possible Classique Végétarien Sans porc

OUI NON OCCASIONNELLEMENT
LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (Fournir un RIB)



ACCUEIL PERISCOLAIRE

OUI NON OCCASIONNELLEMENT

Lundi : Matin Soir Mercredi : Journée
Mardi : Matin Soir 1/2 journée Matin Soir
Jeudi : Matin Soir
Vendredi : Matin Soir

Pour la journée repas Classique Végétarien Sans porc **A PRECISER PAR LA FAMILLE SUR LE PORTAIL dans régime alimentaire 1 seul choix possible**
 PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (Fournir un RIB)

CENTRE DE LOISIRS VACANCES SCOLAIRES

OUI NON OCCASIONNELLEMENT

Pour la journée repas Classique Végétarien Sans porc **A PRECISER PAR LA FAMILLE SUR LE PORTAIL dans régime alimentaire 1 seul choix possible**

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (Fournir un RIB)

PLANNING GARDE ALTERNEE (si parents séparés)

OUI NON

Si oui, quelles sont les semaines de garde de chaque parent ?

Ce formulaire est à signer par les 2 parents.

Semaine paire Semaine impaire

Signature :

Signature :



Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?

Oui Non

Si oui, merci d'indiquer les noms, prénoms et date de naissance

Nom et Prénom : Date de naissance :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

- Photo de l'enfant (à nous fournir ou à coller en page 1)
- N° CAF ou attestation MSA (pour les familles allocataires)
OU dernier avis d'imposition (pour les familles non allocataires)
- Carnet de santé avec vaccins à jour
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'eau, d'électricité, quittance de loyer, taxe d'habitation, assurance habitation, etc.)
- Livret de famille (pages parents et pages enfants)
- Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire 2024 2025
- Protocole médical en cas de problème de santé
- Copie de toute décision de justice mettant en évidence des décisions importantes relatives à l'enfant (autorité parentale, garde alternée, etc.)
- Planning de garde alternée le cas échéant



TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTE
LES INSCRIPTIONS NE SERONT PAS PRISES EN COMPTE

