

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

Responsable 1

☐

Responsable 2

☐

MAIRIE DE BRIARE

Place Charles de Gaulle

45250 BRIARE

www.villedébriare.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



Service
Enfance – Jeunesse
VILLE DE BRIARE

FICHE RENSEIGNEMENT PERISCOLAIRE 2026/2027

PHOTO

OBLIGATOIRE

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ Féminin ☐ Masculin ☐

ECOLE : _____ CLASSE : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT : _____

ALLERGIES : _____

CONDUITE A TENIR : _____

PAI ☐ Bénéficiaire AEEH (fournir Attestation) ☐

PARENTS OU RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

NOM : _____ NOM : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

ADRESSE : _____ ADRESSE : _____

RESPONSABLE 2

Mail _____ Mail _____

Nom Employeur _____ Nom Employeur _____

Nom Employeur _____ Nom Employeur _____

Obligatoire (pour tarif) N° Allocataire CAF OU MSA _____

Date & lieu naissance de l'allocataire _____

NOM COMPAGNIE ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE _____

AUTRES PERSONNES AUTORISEES

NOM		NOM	
Prénom		Prénom	
N°Téléphone		N°Téléphone	
Parenté		Parenté	

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**
I seul choix possible ☐ Classique ☐ Végétarien ☐ Sans porc

☐ OUI ☐ NON ☐ OCCASIONNELLEMENT

☐ **PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (Fournir un RIB)**



ACCUEIL PERISCOLAIRE et/ou MERCREDI

☐ OUI ☐ NON ☐ Mercredi (alsh)

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

☐ **PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (Fournir un RIB)**

CENTRE DE LOISIRS VACANCES SCOLAIRES

☐ OUI ☐ NON ☐ OCCASIONNELLEMENT

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

☐ **PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (Fournir un RIB)**



PLANNING GARDE ALTERNÉE (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 :	
Nom et Prénom :		Date de naissance :	
Nom et Prénom :		Date de naissance :	
Nom et Prénom :		Date de naissance :	

DOCUMENTS A FOURNIR

(Pour les renouvellements seulement si des changements ont eu lieu)

☐ Photo de l'enfant à coller en page 1

☐ Livret de famille (pages parents et pages enfants)

☐ Carnet de santé avec **rapel de vaccins à jour**

☐ Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire pour 2026/2027

☐ Justificatif de domicile **de moins de 3 mois**

☐ Pour les familles non allocataires CAF ou MSA fournir dernier avis d'imposition

☐ Document ou attestation médical en cas de problème de santé (PAL, AAEH...)

☐ 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



IMPORTANT

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCPTE

LES INSCRIPTIONS NE SERONT PAS PRISES EN COMPTE



IMPORTANT

