



FICHE ADMINISTRATIVE D'INSCRIPTION
SERVICE ENFANCE JEUNESSE
2025/2026

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

NÉ(E) LE :/...../..... CLASSE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS / RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable(s) légal(aux) ayant la garde de l'enfant:

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (préciser).....

PÈRE :

Nom:..... Prénom:.....

Adresse:.....

CP:..... Commune:.....

Tel fixe : / / / / Tel port : / / / / Tel travail : / / / /

MÈRE :

Nom:..... Prénom:.....

Adresse:.....

CP:..... Commune:.....

Tel fixe : / / / / Tel port : / / / / Tel travail : / / / /

AUTRE :

Nom:..... Prénom:.....

Adresse:.....

CP:..... Commune:.....

Tel fixe : / / / / Tel port : / / / / Tel travail : / / / /

RENSEIGNEMENTS POUR LA FACTURATION

Attention ! Les coordonnées doivent être celles de la personne nommée sur l'attestation CAF (parent ou responsable légal) pour l'application de la tarification selon le Quotient Familial.

Nom:..... Prénom:.....

ADRESSE :

N° : Rue :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville :

N° d'allocataire CAF ou MSA : (Joindre l'attestation)

Coordonnées employeur:.....

Adresse mail :@.....

SITUATION FAMILIALE

☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Union libre ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Célibataire

En cas de séparation ou divorce merci de fournir le justificatif indiquant les modalités de la garde de l'enfant si un jugement a été rendu.

FRÉQUENTATION DE LA RESTAURATION SCOLAIRE

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ De façon occasionnelle *

Mon enfant suit un régime alimentaire spécifique :

- ☐ Allergies alimentaires (Fournir **obligatoirement** un certificat médical)
☐ Sans porc
☐ Sans viande

* Merci de saisir vos besoin sur le portail famille au plus tard le mercredi pour la semaine suivante

FRÉQUENTATION DES ACCUEILS PÉRISCOLAIRES et EXTRASCOLAIRES

Le matin (entre 7h00 et 8h50):

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ De façon occasionnelle *

Le soir (entre 17h00 et 18h30)

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ De façon occasionnelle

Le mercredi (de 7h00 à 18h30 possibilité de 1/2 journées) :

- ☐ Tous les mercredis ☐ De façon occasionnelle *
☐ Journée avec repas ☐ Journée sans repas ☐ demi-journée avec repas ☐ demi sans repas
SIESTE: ☐ OUI ☐ NON ☐ si envie ou besoin

AUTORISATION D'EXPLOITATION DE L'IMAGE

J'autorise la Commune de Méry-sur-Seine, à photographier mon enfant au cours des différentes activités périscolaires et extrascolaires.

J'ai bien noté que ces photos seront exploitées que pour faire la promotion des activités par le biais d'expositions, de documents réalisés par la Commune ou par le biais du site ou de la page Facebook officiels de la Commune.

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

Autorisation sur l'Est-Eclair ☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je soussigné(e) (Nom/prénom)....., responsable légal(e) de l'enfant (Nom/prénom)....., déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, **avoir pris connaissance et accepter les termes et conditions du règlement intérieur** « Service Enfance Jeunesse de Méry sur Seine ».

En cas de changement de coordonnées ou de données médicales, merci d'en informer la responsable du service enfance jeunesse par écrit

Fait à :

Le : / /

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légale 2 :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2025/2026

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

NÉ(E) LE :/...../..... SEXE : ☐ Fille ☐ Garçon CLASSE:

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT

1

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Tél mobile :/...../...../.....
Tél domicile :/...../...../.....
Tél travail :/...../...../.....

3

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Tél mobile :/...../...../.....
Tél domicile :/...../...../.....
Tél travail :/...../...../.....

2

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Tél mobile :/...../...../.....
Tél domicile :/...../...../.....
Tél travail :/...../...../.....

4

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Tél mobile :/...../...../.....
Tél domicile :/...../...../.....
Tél travail :/...../...../.....

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Pour les nés AVANT le 1er janvier 2018

Vaccins obligatoires		Vaccins recommandés	
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole	
Poliomyélite		Coqueluche	
ou DT polio			
ou Tétracoq			
B.C.G.			

**Fournir une copie des vaccins
du carnet de santé de l'enfant
à jour**

Pour les enfants nés APRES le 1er janvier 2018

Vaccins obligatoires	
Diphtérie	
Tétanos	
Polio	
Coqueluche	
Haemophilus	
ROR	
Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque C	

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. **Nota :** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une **ordonnance récente** ainsi qu'une **autorisation parentale** pour la prise de médicaments et les **médicaments** correspondants
(dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans les données ci-dessus.

ALLERGIES

Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non

Asthme : ☐ Oui ☐ Non

Alimentaires : ☐ Oui ☐ Non

Autres : ☐ Oui ☐ Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION

N° de sécurité social auquel est affilié l'enfant :

Identité de la personne porteuse du N° de sécurité sociale :

Nom de la mutuelle :N° de la mutuelle:

Lieu d'hospitalisation souhaité :

J'autorise l'organisateur à prendre toute mesure (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

☐ Oui ☐ Non

J'autorise le personnel encadrant à utiliser des produits suivants:

- ☐ Granule Arnica ☐ crèmes pour ecchymoses (type arnigel)
☐ crèmes pour les brûlures (type biafine) ☐ crèmes apaisante piquûres d'insectes

J'autorise mon enfant à se faire maquiller lors des ateliers de maquillage:

☐ Oui ☐ Non

Date :

Signatures (précédées de la mention "lu et approuvé") :

Responsable 1:

Responsable 2:

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à pouvoir contacter les familles en cas d'urgence et à fournir aux services médicaux les renseignements nécessaires. Les seuls destinataires sont la commune de Méry-sur-Seine et les services médicaux d'urgence. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, 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 à la mairie.



LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER MON ENFANT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

CLASSE.....

PERSONNE 1

NOM :..... PRÉNOM :.....

LIEN AVEC L'ENFANT :.....

ADRESSE :.....

CODE POSTAL :..... COMMUNE :.....

TÉLÉPHONE DOMICILE :.....

TÉLÉPHONE PORTABLE :.....

TÉLÉPHONE TRAVAIL :.....

PERSONNE 2

NOM :..... PRÉNOM :.....

LIEN AVEC L'ENFANT :.....

ADRESSE :.....

CODE POSTAL :..... COMMUNE :.....

TÉLÉPHONE DOMICILE :.....

TÉLÉPHONE PORTABLE :.....

TÉLÉPHONE TRAVAIL :.....

PERSONNE 3

NOM :..... PRÉNOM :.....

LIEN AVEC L'ENFANT :.....

ADRESSE :.....

CODE POSTAL :..... COMMUNE :.....

TÉLÉPHONE DOMICILE :.....

TÉLÉPHONE PORTABLE :.....

TÉLÉPHONE TRAVAIL :.....

PERSONNE 4

NOM :..... PRÉNOM :.....

LIEN AVEC L'ENFANT :.....

ADRESSE :.....

CODE POSTAL :..... COMMUNE :.....

TÉLÉPHONE DOMICILE :.....

TÉLÉPHONE PORTABLE :.....

TÉLÉPHONE TRAVAIL :.....

PERSONNE 5

NOM :..... PRÉNOM :.....

LIEN AVEC L'ENFANT :.....

ADRESSE :.....

CODE POSTAL :..... COMMUNE :.....

TÉLÉPHONE DOMICILE :.....

TÉLÉPHONE PORTABLE :.....

TÉLÉPHONE TRAVAIL :.....

PERSONNE 6

NOM :..... PRÉNOM :.....

LIEN AVEC L'ENFANT :.....

ADRESSE :.....

CODE POSTAL :..... COMMUNE :.....

TÉLÉPHONE DOMICILE :.....

TÉLÉPHONE TRAVAIL :.....

SIGNATURES OBLIGATOIRES

Date :

Signature Responsable Légal 1:

Signature Responsable Légal 2:



FICHE DE FRÉQUENTATION DU TRANSPORT SCOLAIRE
SERVICE ENFANCE JEUNESSE
2025/2026

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

NÉ(E) LE :/...../..... CLASSE :

Nom et prénom du responsable légal :

N° de téléphone : / / / / OU / / / /

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES JOURS DE FRÉQUENTATION

Entourer l'arrêt concerné

Arrêt de bus : Droupt Ste Marie Longueville Etrelles Saint-Oulph

	MATIN	MIDI	APRÈS-MIDI	SOIR
LUNDI				
MARDI				
JEUDI				
VENDREDI				

Merci de cocher les
cases
correspondantes

RÈGLEMENT

- 1/ Les enfants doivent être présents à l'arrêt du bus 5 mn avant l'arrivée de celui-ci
- 2/ Les enfants de moins de 6 ans sont pris en charge par un parent ou un adulte nommément désigné
- 3/ En l'absence de cette personne l'enfant sera conduit à l'accueil de loisirs ou à la cantine de Méry sur Seine 03 25 21 92 19 ou 06 99 84 03 31
- 4/ Les enfants de plus de 6 ans peuvent rentrer seuls après la dépose du bus (si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit laissé seul à l'arrêt de bus merci de cocher la case appropriée)

☐ J'autorise mon enfant à rentrer seul après la dépose du bus

☐ Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après la dépose du bus

Fait à :

Le : / /

Signature :

LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT AU BUS

PERSONNE 1

NOM : PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

TÉLÉPHONE PORTABLE :

PERSONNE 2

NOM : PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

TÉLÉPHONE PORTABLE :

PERSONNE 3

NOM : PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

TÉLÉPHONE PORTABLE :

PERSONNE 4

NOM : PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

TÉLÉPHONE PORTABLE :