FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION 2025 / 2026

SERVICES PÉRISCOLAIRES (hors vacances scolaires)
ET EXTRASCOLAIRES (vacances scolaires)

Validité : du 1er septembre 2025 au 31 août 2026

Pièces constitutives du dossier d'inscription	
• Cette fiche unique d'inscription 2025 / 2026 **complétée et signée** • L'attestation de quotient familial (CAF) • L'attestation d'assurance (garantissant la couverture des temps périscolaires et extrascolaires).	à l'accueil périscolaire de l'école de votre enfant ou par courriel à : portailcitoyen@ponthieu-marquenterre.fr
• Fiche sanitaire annexe **complétée et signée** • Photocopie des vaccins obligatoires de l'enfant à jour ou certificat du médecin	**Documents à remettre obligatoirement avant le 30 juin 2025**

ENFANT : ☐ Fille ☐ Garçon

NOM : …… Prénom : ……..

Date et lieu de naissance : le ……/……/……à ……

Niveau scolaire – année scolaire 2025 / 2026 : Maternelle ☐ TPS ☐ PS ☐ MS ☐ GS

Élémentaire ☐ CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ ULIS

École fréquentée – année scolaire 2025 / 2026 : ……

Dossier MDPH* : ☐ Oui ☐ Non AEEH** : ☐ Oui ☐ Non

** Maison Départementale des Personnes Handicapées*

***Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé*

RESPONSABLE LÉGAL 1

☐ Parent ☐ Autre : ……

NOM : ……..

Prénom : ……

Adresse : ……

……

Code postal : ……..

Commune : ……..

Tél. : ……..

Mail : ……..

Situation professionnelle :

☐ En activité ☐ En recherche d'emploi

☐ En congé parental ☐ Autre : ……..

Profession : ……

Employeur : ……

RESPONSABLE LÉGAL 2

☐ Parent ☐ Autre : ……

NOM : ……..

Prénom : ……

Adresse : ……

……

Code postal : ……..

Commune : ……..

Tél. : ……..

Mail : ……..

Situation professionnelle :

☐ En activité ☐ En recherche d'emploi

☐ En congé parental ☐ Autre : ……..

Profession : ……

Employeur : ……

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES RESPONSABLES LÉGAUX

	Nom - Prénom	**Qualité** (voisin, frère, oncle…)	**Téléphone**	**à prévenir en cas d'urgence**
1				☐
2				☐
3				☐

TRANSPORTS SCOLAIRES *(Sur les temps périscolaires)* :

MONTÉE : Arrêt : …….. Commune : ……

DESCENTE : Arrêt : …….. Commune : ……

Pour les moins de 6 ans, personnes autorisées à venir chercher l'enfant à la descente du car :

Nom - Prénom	**Qualité** (voisin, frère, oncle…)	**Téléphone**

Rappel : L'inscription aux transports scolaires est obligatoire pour accéder à ce service au cours de l'année 2025 / 2026.

Le service des transports scolaires est géré par la Région Hauts-de-France. Vous pouvez vous inscrire en ligne sur : https://transports.hautsdefrance.fr/transport-scolaire/somme/inscription/

Informations sur les horaires : https://trans80.hautsdefrance.fr/transport-scolaire.html

AUTORISATIONS : *(Cochez les cases correspondantes à vos autorisations)*

Je soussigné(e) M. / Mme…….... responsable légal de l'enfant : ……..…… déclare exacts les renseignements fournis et :

☐ M'engage, en cas de séparation, à fournir le jugement de divorce relatif à l'exercice de l'autorité parentale ;
☐ Autorise mon enfant à emprunter les différents transports liés aux activités de l'accueil ;
☐ Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par l'équipe d'animation ;
☐ Autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre strict de l'accueil ;
☐ Autorise l'équipe d'animation à exposer, diffuser ou publier l'image de mon enfant uniquement sur les supports de communication (papiers et numériques) de la Communauté de communes Ponthieu-Marquenterre (CCPM) ;
☐ Autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur les réseaux sociaux de la Communauté de communes Ponthieu-Marquenterre (CCPM) ;
☐ Autorise la CCPM à m'envoyer des informations par courriel (accueil de loisirs, grève, problème de transport…) ;
☐ Autorise les personnes habilitées de la CCPM à consulter « CAF PRO » pour connaître la dernière valeur de mon Quotient Familial, sinon le tarif le plus élevé sera appliqué *(uniquement pour les familles allocataires CAF)* ;
☐ Autorise la direction à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale : mise en relation, transfert de l'enfant à l'hôpital d'urgence et délivrance de traitement sur ordonnance médicale le cas échéant.

Date et Signature ***(précédées de la mention « lu et approuvé »)*** **:**

LE SAVIEZ-VOUS ? Le dossier d'inscription est composé de la **fiche d'inscription, des pièces complémentaires** et du **dossier sanitaire** du mineur accueilli.

POURQUOI UNE FICHE D'INSCRIPTION ?

Les informations demandées pour l'inscription aux accueils de loisirs périscolaires ou extrascolaires **sont obligatoires** pour le personnel d'encadrement à qui vous confiez la responsabilité de votre enfant :

- en cas d'incident ou d'accident pour joindre les représentants légaux et les secours d'urgence ;
- en cas de contrôle par les services de l'État.

POURQUOI UN DOSSIER SANITAIRE ?

En tant que responsable(s) légal(aux) du mineur, dès lors que vous souhaitez inscrire votre enfant dans le cadre d'un accueil périscolaire ou extrascolaire déclaré auprès des services de l'État, vous devez fournir obligatoirement* à l'organisateur :

- les informations utiles relatives à la santé du mineur (traitement médical, allergies alimentaires ou autres…) ;
- les informations relatives à la vaccination obligatoire (copie du carnet de vaccinations ou attestation d'un médecin) ;
- le cas échéant, un certificat médical de non contre-indication pour la pratique de certaines activités physiques.

* *Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles*.

Mentions légales - Collecte des données.

Les informations recueillies dans les dossiers des familles font l'objet d'un traitement informatisé et non informatisé par le Responsable du traitement M. le Président de la Communauté de Communes Ponthieu Marquenterre sis à 33 bis route du Crotoy, 80120 RUE pour permettre l'exécution de la compétence scolaire-périscolaire de la collectivité sur les accueils de loisirs périscolaires déclarés. Le responsable de traitement a désigné l'ADICO sise à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données.
Le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investie la Communauté de communes Ponthieu Marquenterre, Etablissement Public à Coopération Intercommunale.
Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : agents salariés du service périscolaire et Enfance Jeunesse de la collectivité.
Les dossiers d'inscription sont archivés en fin d'année scolaire pendant le délai règlementaire de conservation puis sont ensuite détruits.
Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit d'opposition au traitement. Vous bénéficiez également d'un droit à la limitation du traitement. Les droits à la portabilité et à l'effacement ne s'appliquent pas à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter la CCPM. Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM :_____

DATE DE NAISSANCE :_____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui ☐ non ☐	**VARICELLE** oui ☐ non ☐	**ANGINE** oui ☐ non ☐	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ** oui ☐ non ☐	**SCARLATINE** oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	**OTITE** oui ☐ non ☐	**ROUGEOLE** oui ☐ non ☐	**OREILLONS** oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

_____

_____

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.)

_____

_____

_____

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…PRÉCISEZ.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON ☐ OUI ☐

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR _____

_____

_____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

_____

_____

_____

OBSERVATIONS

_____

_____

_____

_____

_____

_____