Fiche d'inscription aux services périscolaires et extrascolaires

Année scolaire 2026/2027

Documents obligatoires à joindre à votre dossier :

- ❑ Attestation de quotient familial CAF ou MSA
- ❑ Photocopie du carnet de vaccination
- ❑ Attestation d'assurance scolaire pour l'année scolaire en cours
- ❑ PAI si nécessaire
- ❑ Notification d'aide CAF ou MSA (si bénéficiaire)

Informations et renseignements :
Syndicat des écoles de la région de Garlin
3, Place de la liberté 64 330 GARLIN
05.59.04.78.64 / contact@sivosgarlin.fr

L'enfant

Nom et prénom :
Sexe : ❑ Fille ❑ Garçon
Né (e) le :
Établissement scolaire fréquenté :
Niveau scolaire et enseignant(e) :

Les responsables de l'enfant

PARENT 1
Lien de parenté :
NOM :
Prénom :
Né(e) le :
Lieu de naissance :
Adresse :
Tél. portable :
Tél. travail :
Mail :

PARENT 2
Lien de parenté :
NOM :
Prénom :
Né(e) le :
Lieu de naissance :
Adresse :
Tél. portable :
Tél. travail :
Mail :

Situation familiale :
❑ Mariés ❑ Pacsés ❑ Vie maritale ❑ Séparés ❑ Divorcés ❑ Célibataire ❑ Veuf(ve)

Autre responsable de l'enfant
Lien de parenté :
NOM :
Prénom :
Adresse complète :
Tel. portable :
Tél. travail
Mail :

Renseignements médicaux de l'enfant

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? ❑ Oui ❑ Non
Si oui, fournir une copie du PAI en cours avec ordonnance le cas échéant.
L'enfant est-il bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)* ❑ Oui ❑ Non
**Cette donnée ne sera visible et traitée que par le personnel administratif, afin de rendre des comptes à notre partenaire CAF. Des subventions sont en effet attribuées lors de l'accueil des enfants bénéficiaires de l'AEEH.*

Règlement intérieur des services

En inscrivant mon enfant aux services péri et extrascolaire du syndicat, je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur consultable sur le site internet du syndicat et sur l'espace familles l'Noé et m'engage à le respecter.

A ..... Le .....
Signature :

Autorisations

Personnes autorisées ou interdites à récupérer mon enfant au périscolaire et/ou à l'accueil de loisirs.

URGENCES	INTERDITES	NOM	Prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant
❑	❑				
❑	❑				
❑	❑				
❑	❑				
❑	❑				

Veuillez informer au préalable le personnel lorsque votre enfant sera récupéré par l'une de ces personnes. Une pièce d'identité sera demandée à la personne venant récupérer l'enfant.

Les différentes autorisations	Oui	Non
Autorisation du droit à l'image J'autorise le Syndicat à prendre des photos ou vidéos de mon enfant dans la presse locale et les documents diffusés par le centre de loisirs (programme, site internet, bilans interne)		
Autorisation d'urgence J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l''état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin ou service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.		
Autorisation de rentrer seul de l'ALSH ou du périscolaire J'autorise mon enfant à quitter seul le centre et/ou l'accueil périscolaire à la fermeture du service.		
Autorisation de transport J'autorise mon enfant à participer aux activités nécessitant un trajet effectué avec un transport en commun, le minibus du Syndicat ou un véhicule assuré par la collectivité.		
Autorisation de transport scolaire (sous réserve d'acceptation de votre dossier par la région) J'autorise mon enfant à prendre le transport scolaire après la journée d'école.	❑ **16h** ❑ **17h**	
Autorisation de consultation du quotient familial J'autorise le personnel administratif à utiliser le service CDAP (Consultation du Dossier Allocataire par les Partenaires) de la CAF pour connaitre le quotient familial de la famille à des fins administratives.		

Informations de facturation

Personne à enregistrer pour la facturation

Nom :
Prénom :
Adresse complète :
Né(e) le :
Lieu de naissance :
Tel. portable :
Tél. travail :
Mail :

Facturation lors d'une garde alternée

Pour une garde alternée, la facturation sera faite à :
❑ Père ❑ Mère ❑ Autre (Tuteur/famille d'accueil)

Préciser la fréquence :
❑ À l'année scolaire
❑ A la semaine : ❑ Paire ❑ Impaire
❑ Autre

Tarification selon le quotient familial

Régime d'allocataire : ❑ CAF ❑ MSA N° d'allocataire :
Montant du quotient familial : €

Je m'engage à fournir une attestation CAF ou MSA comportant le quotient familial, ou le dernier avis d'imposition si je suis non-allocataire.
À défaut, la tarification maximale en vigueur sera appliquée pour le(s) service(s) fréquenté(s).
Aussi, merci de nous signaler tout changement de situation.

Bénéficiaire de l'Aide aux temps Libre CAF ou des bons vacances MSA ? ❑ Oui ❑ Non
Joindre au dossier la photocopie de la notification d'aide. En cas de retard, aucune prise en charge rétroactive ne sera effectuée.

Prélèvement automatique

Ce mode de paiement vient compléter les modes de paiement via TIPI ou par chèque bancaire au Service de Gestion Comptable de Lescar.
Pour mettre en place le prélèvement automatique, merci de joindre un RIB et de compléter le contrat de prélèvement automatique et le mandat SEPA disponibles en annexe.
Les documents sont à retourner :
- En main propre à l'accueil du Syndicat des écoles (Tous les jours de 8h30 à 17h)
- Par mail à contact@sivosgarlin.fr

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour ou sortie de l'enfant. Les informations inscrites dessus sont confidentielles et consultables uniquement par l'équipe d'animation.

L'enfant

Nom et prénom :
Sexe : ❑ Fille ❑ Garçon
Né (e) le :

Vaccinations

Veuillez vous référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tetracoq				Autres (Préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical durant sa présence à l'accueil ou bénéficie-t-il d'un PAI : ☐Oui ☐Non
Si oui, joindre une copie du PAI et de l'ordonnance récente. (Aucun médicament ne sera pris sans ordonnance)
Allergies :

MEDICAMENTEUSES ❑ Oui ❑ Non
ALIMENTAIRES ❑ Oui ❑ Non
AUTRES (animaux, pollen…) ❑ Oui ❑ Non Précisez : .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.
INDIQUEZ CI-APRÈS, LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, lentilles, appareil auditif, dentaire, comportement de l'enfant etc....

.....

.....

.....

Responsable de l'enfant

Nom :
Prénom :
Adresse complète durant le séjour :

Numéros de téléphone :
Père :
Tel. portable :
Tél. travail :
Mère :
Tel. portable :
Tél. travail :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Je soussigné, ...
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

N° de sécurité sociale :

Date : Signature :