

Nom et Prénom de ou des enfant(s)	Date de naissance	Type de repas
		<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Sans viande <input type="radio"/> Régime alimentaire (uniquement si PAI)
		<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Sans viande <input type="radio"/> Régime alimentaire (uniquement si PAI)
		<input type="radio"/> Standard <input type="radio"/> Sans viande <input type="radio"/> Régime alimentaire (uniquement si PAI)

### La famille :

Nom de la famille		
Adresse	_____	
	Code postal _____	Commune _____

Situation :       Célibataire                       Marié(e)                       Pacsé(e)  
 Séparé(e)                       Vie maritale                       Veuf (veuve)

Adresse mail (contact, factures, urgence) : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_ dont enfant(s) en situation de handicap(s) : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH ?       Oui                       Non                       En cours de détection

### Les parents :

	Responsable 1	Responsable 2
<b>Nom et prénom</b>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Adresse</b> <i>(renseigner responsable 2 uniquement si adresse différente)</i>		
<b>Téléphone 1</b>		
<b>Téléphone 2</b>		
<b>Adresse mail</b>		
<b>Profession</b>		
<b>Employeur et ville</b>		
<b>Téléphone employeur</b>		
<b>Régime</b>	<input type="checkbox"/> Général (ou local) <input type="checkbox"/> MSA N° allocataire CAF : _____	<input type="checkbox"/> Général (ou local) <input type="checkbox"/> MSA N° allocataire CAF : _____

Autorité parentale :       Responsable 1                       Responsable 2

*L'ensemble de ces informations est obligatoire.*

### **Tarification (périscolaire et extrascolaire) :**

Le principe est une tarification modulée en fonction des ressources des familles.

La tarification de septembre à décembre sera basée sur le dernier quotient familial (obtenu au moment de l'inscription) ou l'avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 en cas de non-affiliation à la CAF. En janvier 2026, une révision aura lieu prenant en compte le quotient familial connu à cette date.

Septembre à décembre 2025	Janvier à août 2026
Tarif déterminé par le quotient familial obtenu au moment de l'inscription	Tarif déterminé par le dernier quotient familial connu en janvier 2025
<i>En cas de non-affiliation à la CAF : Revenus 2023</i>	<i>En cas de non-affiliation à la CAF : Revenus 2024</i>

### **Numéro allocataire CAF :**

- Je transmets mon numéro allocataire CAF (à compléter dans le tableau en 1<sup>ère</sup> page).
- Je ne dispose pas de quotient familial : je fournis **obligatoirement une attestation de non-paiement de la CAF et mon dernier avis d'imposition**. Le calcul du tarif sera alors effectué à partir du dernier avis d'imposition. A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué.
- Je ne souhaite pas transmettre mon numéro allocataire CAF. Le tarif le plus élevé sera appliqué.

---

### **Autorisation parentale :**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et de la charte de bienveillance de la SPL Enfance et Animation disponible sur le site internet, et m'engage à les respecter. Je certifie sur l'honneur que toutes les informations fournies sont exactes et m'engage à informer la SPL Enfance et Animation de toute modification ultérieure.

Le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Signature

## FICHE DE PRE-INSCRIPTION 2025-2026

Accueil périscolaire : \_\_\_\_\_

Accueil sous contrat régulier

Accueil occasionnel

Votre enfant était-il inscrit à l'une des crèches de la SPLEA ?     Oui     Non

Nom et Prénom de ou des enfant(s)	École + nom de l'école	Classe (en septembre 2025)
	<input type="radio"/> maternelle : _____ <input type="radio"/> élémentaire : _____	
	<input type="radio"/> maternelle : _____ <input type="radio"/> élémentaire : _____	
	<input type="radio"/> maternelle : _____ <input type="radio"/> élémentaire : _____	

	<b>Matin</b> Hombourg et Bantzenheim uniquement (7h00 – heure d'école)	<b>Midi</b>	<b>Soir</b> (jusqu'à 18h30)
<b>Lundi</b>			
<b>Mardi</b>			
<b>Jeudi</b>			
<b>Vendredi</b>			

Mettre une croix dans la case de l'accueil souhaité :

Uniquement semaine paire

Uniquement semaine impaire

	<b>Matin + midi</b> (7h00 – 13h30)	<b>Après-midi</b> (13h30 – 18h30)	<b>Journée</b> (7h00 - 18h30)
<b>Mercredi</b>			



**Remplir un formulaire par enfant si les plannings diffèrent.  
 Compléter le prévisionnel de présence au plus près de vos besoins.**

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nom, prénom et signature

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, agissant en qualité de parent / tuteur<sup>1</sup> pour le ou les enfant(s) \_\_\_\_\_, déclare donner mon accord pour :

	OUI	NON
<b>(PHOTOGRAPHIE)</b> : que mes enfants (notés ci-dessus) soient photographiés ou filmés dans le cadre des activités (illustration d'articles, de plaquettes d'informations, de bulletins municipaux ou sur le site internet de la SPL Enfance et Animation)		
que mes enfants (notés ci-dessus) soient véhiculés par le personnel de la SPL Enfance et Animation <b>(TRANSPORT)</b>		
<b>(DEPART SEUL)</b> : que mes enfants puissent rentrer seuls à leur domicile à partir de _____ h _____ (uniquement pour les + de 6 ans) <sup>2</sup>		
<b>(AUTORISATION EXCEPTIONNELLE)</b> : que mes enfants (notés ci-dessus) puissent être cherchés de manière exceptionnelle par le personnel de l'accueil de loisirs à la sortie de l'école, après appel de ma part <u>et</u> envoi d'un écrit (mail accepté)		
<b>(REPAS PAI)</b> : fournir le repas à mon ou mes enfant(s) en cas de régime PAI		
<b>(MAILS)</b> : recevoir des informations de la SPL Enfance et Animation par mail (fermetures, rappels d'informations, programme des vacances, newsletters,...)		
<b>(MAILS COMITÉ D'USAGERS)</b> : autoriser la SPL Enfance et Animation à transmettre mon adresse mail au comité d'usagers de l'accueil de loisirs		
<b>(ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS)</b> : que les professionnels administrent à mon enfant les médicaments fournis par mes soins (ordonnance obligatoire et médicaments dans leur boîte d'origine marquée au nom de l'enfant)		

**Personnes autorisées à venir chercher le ou les enfant(s) (autres que les parents) :**

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

**En cas de décision de justice, indiquer la (les) personne(s) NON autorisée(s) à venir chercher le ou les enfant(s)<sup>3</sup> :**

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Signature

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile

<sup>2</sup> « Pour les enfants âgés de moins de 6 ans, seuls les représentants légaux ou personnes majeures autorisées peuvent les chercher. » (extrait de l'article 16 du règlement de fonctionnement)

<sup>3</sup> Transmettre la copie de la décision de justice

# FICHE SANITAIRE (1 fiche par enfant)

Année scolaire 2025/2026

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,.....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.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

<p><b>SPL Enfance et Animation</b> 1 rue des Alpes 68490 OTTMARSHEIM</p>
--

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....