



DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2025/2026

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

Restauration scolaire / Accueil Périscolaire

**Pour les enfants de l'école maternelle et élémentaire
du Groupe Scolaire des Acacias de Cambronne les Ribécourt.**

Documents ci-joints à compléter

- Fiche sanitaire de liaison
- Fiche d'autorisations parentales
- Fiche d'acceptation du règlement intérieur
- Fiche de Fréquentation restauration et accueil périscolaire

Documents à fournir :

- Photocopie du carnet de santé (DT Polio à jour)
- Photocopie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile
- Photocopie de l'attestation Sécurité Sociale ou organisme de rattachement

**Tout dossier doit être rendu complet, en main propre, par les parents, à
Mme VAN GEERSDAELE Céline, service Accueil Collectif de Mineurs (ACM).**



- **Allocations familiales C.A.F.**

Nous vous informons que la Caisse d'Allocations familiales de l'Oise met à notre disposition un service internet, à caractère professionnel qui nous permet de consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'exercice de notre mission.

Conformément à la loi informatique et des libertés n°78-17 du 06 janvier 1978, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant.

Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

J'autorise la mairie à consulter les éléments de mon dossier :

Oui Non

Numéro allocataire CAF :

« Si vous n'autorisez pas l'accès à CAF Pro ou si vous êtes non-allocataire, merci de nous joindre une copie du dernier avis d'imposition du foyer. Si vous ne le souhaitez pas, le tarif maximum vous sera appliqué soit 1.20€ »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche est à remplir **très soigneusement**.

Elle sera confiée à Madame Céline VAN GEERSDAELE, rattachée au Service ACM et permettra de répondre efficacement et rapidement aux questions médicales en cas de nécessité.

- **L'enfant :**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Classe fréquentée année scolaire 2025/2026 :

- **Les responsables légaux :**

PÈRE :

MÈRE :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

.....

.....

Tél. Domicile :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Tél. Portable :

email :

email :



- **Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

- **Vaccination :**

Joindre photocopie du carnet de santé avec vaccination DT Polio **à jour**.

- **Allergies :**

Oui Non

Lesquels ? :

.....

.....

.....

Tout problème de santé médical ou sportif rencontré par un enfant, devra être signalé au Service Accueil Collectif de Mineurs, afin de mettre un Protocole d'Accueil individualisé (PAI) en place.

Si problème particulier, merci de le préciser ci-dessous :

.....

- **Assurance Responsabilité Civile :**

Nom de la Cie d'Assurance :

Votre n° de contrat d'assurance :

(joindre la photocopie de l'attestation d'assurance pour l'année scolaire complète)



• **Autres renseignements :**

N° Sécurité Sociale du Responsable Légal :

ou

N° autre organisme :

Nom de l'organisme :

Précisez :

Personnel du crédit agricole

SNCF

Personnel RATP

Salariés ou exploitant agricole

Personnel de Compagnie Maritime, marins et agents en service à terre

(Joindre la photocopie de l'attestation de sécurité sociale ou de l'organisme de rattachement)

ou

Mutuelle Complémentaire : Oui Non

Nom de l'organisme :

Votre N° d'adhérent :

Nom du Médecin de famille :

Dr :

Ville : Téléphone :

N° allocataire Caisse Allocation Familiale :



• Personnes à contacter en cas d'absence du responsable légal :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

.....

.....

Téléphone :

Téléphone :

Lien avec l'enfant :

Lien avec l'enfant :

Je soussigné(e), M

Responsable légal de l'enfant,

déclare exact les renseignements portés sur cette fiche, et autorise Madame Céline

VAN GEERSDAELE, rattachée au service Accueil Collectif de Mineurs, ou l'assistante sanitaire à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant : **traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale.**

Fait à Cambronne-Les-Ribécourt,

le

Signature du Responsable légal :



AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) ,

Nom :

Prénom :

Responsable légal de :

Nom :

Prénom :

En classe de :

- **Sortie fin de journée**

Autorise mon enfant :

- à quitter le service périscolaire seul : Oui Non

Si oui à partir de quelle heure :

Dans le cas où vous n'autoriseriez pas votre enfant à partir seul, notez ci-dessous toutes les personnes autorisées à prendre l'enfant.

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien avec l'enfant :



- **Les Sorties en extérieur**

Des activités et des animations sont régulièrement mises en place par les animateurs. À cette occasion des sorties peuvent être organisées aux alentours de l'école des Acacias (city-stade, centre associatif, ...).

Autorise mon enfant :

- à participer à ces sorties : Oui Non

- **Prises de vues**

Lors des animations, il peut être effectué des prises de vue qui sont utilisées dans le cadre des activités ou pour illustrer des articles de presse ou des expositions.

Merci de nous stipuler si vous acceptez ou non que votre enfant apparaisse sur ces photos.

Autorise que mon enfant :

- soit pris en photo : Oui Non

Fait à Cambronne-Les-Ribécourt,

le

Signature du Responsable légal :



ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné (e) ,

Nom :

Prénom :

Responsable légal de :

Nom :

Prénom :

En classe de :

Atteste

avoir pris connaissance du règlement intérieur restauration scolaire / accueil périscolaire
et y adhérer sans réserve.

Fait à Cambronne-Les-Ribécourt,

le

Signature du Responsable légal :



FREQUENTATION RESTAURANT SCOLAIRE / PERISCOLAIRE

Responsable légal :

Nom :

Prénom :

De l'enfant :

Nom :

Prénom :

En classe de :

RESTAURANT SCOLAIRE ET ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MIDI

• Périodicité

Inscription à l'année :

OU

Inscription au mois :

Si à l'année merci d'indiquer les jours de présence :

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Votre enfant mangera-t-il à la cantine le jour de la rentrée, lundi 1 septembre 2025 ?

Oui

Non

• Particularité

▪ Repas sans porc : Oui Non

▪ Sans viande : Oui Non

▪ Allergies alimentaires : Oui Non

(Si oui, à détailler dans la fiche sanitaire de liaison)



ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN ET DU SOIR

- **Périodicité**

Inscription à l'année : **OU** Inscription au mois :

Si à l'année merci d'indiquer les jours de présence :

Accueil du Matin : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Accueil du soir : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Le planning de présence des enfants, en restauration scolaire et/ou accueil périscolaire, devra être retiré au bureau de l'Accueil Collectif de Mineurs.

Il sera à la disposition **des parents** le 10 de chaque mois et devra être rendu au plus tard le 20 pour le mois suivant.

Les enfants non-inscrits ne seront pas pris en charge par les animateurs.

Ils resteront sous la responsabilité des enseignants.

Le planning pourra être envoyé par mail aux familles qui en feront la demande.

Fait à Cambronne-les-Ribécourt,

le

Signature du Responsable légal :