



# **DOSSIER D'INSCRIPTION**

**Année scolaire 2026/2027**

## **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
- Numéro allocataire CAF
- Photocopie des derniers avis d'imposition

**Tout dossier doit être rendu complet, en main propre, ou par mail à l'équipe pédagogique - 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 l'équipe pédagogique de l'accueil collectif de mineurs, représentée par Mr LITOUT Etienne, directeur ACM, Diplômé BP JEPS.

### **L'Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe fréquentée année scolaire 2026/2027 : .....

- **Les responsables légaux :**

#### **PERE :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél. Domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

email : .....

Date de naissance :

#### **MERE :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél. domicile : .....

Tél. Professionnel : .....

Tél. Portable : .....

email : .....

Date de naissance :



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

- **Vaccination :**

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

- **Allergies :**

**Allergies respiratoires :**

Oui  Non

Lesquels ? : .....

.....

**Allergies alimentaires :**

Oui  Non

Lesquels ? : .....

.....

**Autres 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 Monsieur LITOUT, rattaché 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 :  **OU** Inscription à la semaine :

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<sup>er</sup> septembre 2026 ?**

Oui  Non

#### • Particularité

▪ Repas sans porc :  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 :  **OU** Inscription à la semaine :

Merci d'indiquer les jours de présence :

Accueil du Matin :    Lundi                       Mardi                       Jeudi                       Vendredi

Accueil du Soir :    Lundi                       Mardi                       Jeudi                       Vendredi

**Le planning sera accessible à partir de l'espace Famille.**

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

**Ils resteront sous la responsabilité des enseignants.**

Fait à Cambronne-les-Ribécourt,

le

Signature du Responsable légal :