FICHE D'INSCRIPTION (1 PAR ENFANT) - ECHASSIERES/LOUROUX DE BOUBLE

ACCUEILS PERISCOLAIRES - TRANSPORT SCOLAIRE - **ANNEE SCOLAIRE 2026-2027**

Document à rendre avant le 30 septembre 2026 auprès des animatrices ou à l'association VIVA SIOULE à EBREUIL

NOM & PRENOM de l'enfant : _____ F ❑ M ❑ Classe : _____

Je soussigné(e) _____ déclare inscrire mon enfant **à l'accueil périscolaire** proposé par l'association VIVA SIOULE Centre Social et/ou au **transport scolaire**

*Mettre des croix dans les cases correspondantes		
Matin	Accueil périscolaire (7h30 – 9h00) - **LOUROUX**	
	Accueil périscolaire (7h30 – 9h00) - **ECHASSIERES**	
	Transport scolaire (sous la responsabilité du SIRP)	
Soir	Accueil périscolaire (16h15 – 18h30) - **LOUROUX**	
	Accueil périscolaire (16h30 – 18h30) - **ECHASSIERES**	
	Transport scolaire (sous la responsabilité du SIRP)	

AUTORISATIONS PARENTALES

♦ Votre enfant **partira seul** après l'Accueil Périscolaire **?** ❑ **Oui** *(VIVA SIOULE se dégage de toutes responsabilités)* ❑ **Non**

♦ Votre enfant prendra le **transport scolaire**, organisé par le SIRP ? ❑ **Oui** ❑ **Non**

♦ Votre enfant, élève en primaire (à partir du CP) **partira seul à l'arrêt prévu** sur la carte de transport ?

❑ **Oui** *(Le SIRP se dégage de toutes responsabilités)* ❑ **Non**

Si vous avez coché « NON » et qu'aucun adulte référencé ci-dessous est présent au passage du bus, l'enfant sera conduit sur l'accueil périscolaire le plus proche, en fin de rotation. La famille sera prévenue par l'équipe d'animation. Les élèves de maternelle doivent obligatoirement être attendus à la sortie du bus par un adulte référencé ci-dessous.

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____ ☎ : _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant : _____ ☎ : _____

_____ ☎ : _____

_____ ☎ : _____

A RETOURNER AU CENTRE SOCIAL

En qualité d'association Loi 1901, la participation à l'ensemble des activités de l'association est soumise à l'adhésion au projet associatif. Le montant de la cotisation familiale est fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

L'association VIVA SIOULE se réserve le droit de refuser une inscription en cas de non-paiement des factures précédentes et de l'adhésion à l'association.

L'accueil périscolaire est ouvert les jours de fonctionnement de l'école aux horaires indiqués. Les horaires d'ouverture et de fermeture doivent être respectés par les parents. En cas de non respect, un dépassement horaire sera facturé. L'accueil périscolaire est un lieu d'animation collective. L'aide aux devoirs ne pourra être effectué sur ces temps

Le SIRP demande aux parents d'intégrer dans le cahier de l'enfant le règlement sur **la sécurité** (après l'avoir lu et signé) et **la discipline** dans les transports scolaires, joint à cette fiche d'inscription.

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs, fourni avec la fiche familiale de renseignements.

Fait à _____, **le** _____ **Signature des parents** :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez nous contacter à l'adresse ci-dessous.

Organisateur : Mairies de Louroux de Bouble et Echassières - SIRP
Gestionnaire du service périscolaire : Association VIVA SIOULE
17 Place de la gare - 03450 EBREUIL - Tél : 04.70.90.74.80
Email : contact@vivasioule.fr - www.vivasioule.fr

FICHE SANITAIRE - ANNÉE SCOLAIRE 2026 / 2027 (1 PAR PERSONNE)

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom & Prénom : _____ **Date de naissance :** _____

Nom du responsable de l'enfant : _____

Nom et téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence : _____

_____ ☎ _____

Nom et coordonnées du médecin de famille : _____ ☎ _____

VACCINATIONS DE L'ENFANT

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
- Ou DT polio				BCG	
- Ou Tétracoq				Autres (à préciser)	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes :

❑ Rubéole ❑ Varicelle ❑ Angines ❑ Rhumatismes ❑ Scarlatine ❑ Otites ❑ Rougeole ❑ Oreillons ❑ Coqueluche

L'enfant a-t-il des allergies : ❑ Asthme ❑ Alimentaires ❑ Médicamenteuses ❑ Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : _____

S'il s'agit d'une fille, est t-elle réglée ? ❑ Oui ❑ Non

Autres difficultés de santé (maladies, accidents, opérations…) : _____

TRAITEMENTS MEDICAUX

L'enfant a un PAI ? ❑ Oui ❑ Non

Si OUI, veuillez nous communiquer le protocole à suivre !

RECOMMANDATIONS DIVERSES DES PARENTS

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____, **le** _____ **Signature des parents** :

A RETOURNER AU CENTRE SOCIAL