FICHE D'INSCRIPTION (1 PAR ENFANT) - LALIZOLLE

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

Document à rendre avant le 30 septembre 2026 auprès l'animatrice 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.

Inscription type : *Mettre des croix dans les cases correspondantes	
Gestion VIVA SIOULE	
Accueils périscolaires matin (7h15 – 9h00)	
Accueils périscolaires soir (16h30 (16h le vendredi) – 18h15)	

A RETOURNER AU CENTRE SOCIAL

AUTORISATIONS PARENTALES

Votre enfant **partira seul** après l'Accueil Périscolaire ?

❑ **Oui** *(L'association VIVASIOULE se dégage de toutes responsabilités)* ❑ **Non**

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

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

- _____ ☎ : _____
- _____ ☎ : _____
- _____ ☎ : _____

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 d'animation.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, 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 : Mairie de Lalizolle
Gestionnaire du service : Association VIVA SIOULE
17 Place de la gare - 03450 EBREUIL - Tél : 04.70.90.74.80
Email : contact@vivasioule.fr - www.vivasioule.fr

Commune de Lalizolle
1 Place de la Liberté – 03450 LALIZOLLE
Tél. : 04.70.90.42.05

VIVA SIOULE Centre social

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

Association VIVA SIOULE, Centre Social - 17 place de la gare - 03450 EBREUIL
04 70 90 74 80 - contact@vivasioule.fr - www.vivasioule.fr