

VILLE DE SÉRIFONTAINE  
Service scolaire / Péri-scolaire  
2 rue Hacque  
60590 SÉRIFONTAINE  
Tel : 03 44 84 80 02  
Courriel : [contact@serifontaine.fr](mailto:contact@serifontaine.fr)

CLAP'S  
Centre de loisirs et d'accueil péri-scolaire  
rue du Four  
60590 SÉRIFONTAINE  
Tel : 03 64 19 88 07 / 06 28 56 17 77  
Courriel : [enfance@serifontaine.fr](mailto:enfance@serifontaine.fr)

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2025 / 2026

### ☐ 1<sup>ère</sup> inscription scolaire

*(à cocher uniquement si 1<sup>ère</sup> inscription aux écoles de Sérifontaine)*

#### ÉLÈVE

Nom (en majuscule) : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu et département : .....

Classe : .....

#### Je souhaite inscrire mon enfant aux services périscolaires suivants

- ☐ Restauration scolaire communale  
☐ Centre de loisirs et d'accueil péri-scolaire de Sérifontaine

#### NOM ET ADRESSE DE FACTURATION :

.....  
.....

Numéro allocataire CAF/MSA/Autres : ..... Précisez : .....

#### RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES CONCERNANT LA FAMILLE

Responsable 1 : Autorité parentale OUI ☐ NON ☐

Qualité ou lien de parenté ..... Nom ..... Prénom .....

Date et lieu de naissance.....

Adresse : .....

Tel : Fixe ..... Portable ..... Professionnel .....

Mail .....

Responsable 2 : Autorité parentale OUI ☐ NON ☐

Qualité ou lien de parenté ..... Nom ..... Prénom .....

Date et lieu de naissance.....

Adresse : .....

Tel : Fixe ..... Portable ..... Professionnel .....

Mail .....

**FICHE SANITAIRE :**

**L'enfant est-il allergique ?**

Si oui, **OBLIGATION** de fournir la page allergie du carnet de santé.

Alimentaire : OUI ☐ NON ☐ Précisez : .....

Médicamenteuse : OUI ☐ NON ☐ Précisez : .....

Autre : Précisez : .....

**L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?** OUI ☐ NON ☐

Si oui, **OBLIGATION** de fournir le PAI à jour à la mairie pour être pris en compte

**L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?** OUI ☐ NON ☐

Sans porc ☐ Sans viande ☐

Autre ☐ Précisez : .....

**Renseignements complémentaires concernant l'état de santé de l'enfant (port de lunettes, appareil dentaire, suivi spécifique...)**

.....  
.....

**Nom et coordonnées du Médecin traitant :** .....

Personnes majeures à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant (autres que parents ou responsable légal)

Nom-Prénom ..... Tel : .....

Nom-Prénom ..... Tel : .....

Nom-Prénom ..... Tel : .....

Nom-Prénom ..... Tel : .....

**OUI ☐ NON ☐ Autorise** la municipalité ou son représentant à prendre toute mesure d'urgence rendue nécessaire par l'état de l'enfant. Sur avis médical, à faire pratiquer toute intervention préconisée.

**OUI ☐ NON ☐ Autorise** la municipalité ou son représentant à photographier l'enfant dans le cadre des services scolaires et périscolaires et à diffuser les supports uniquement dans ce même cadre ainsi que dans le bulletin municipal.

**OUI ☐ NON ☐ Autorise** l'enfant à emprunter les moyens de transports définis par la municipalité et l'accueil collectif des mineurs lors des activités sur des lieux extérieurs et placées sous la surveillance du personnel encadrant.

**OUI ☐ NON ☐ Autorise** l'enfant à participer à l'ensemble des activités organisées dans le cadre de l'accueil collectif de mineurs, y compris aux activités extérieures sous la surveillance du personnel.

**OUI ☐ NON ☐ Autorise** la direction de l'accueil collectif de mineurs à consulter les informations nécessaires sur l'application CDAP de la CAF de l'Oise.

**Autorise mon enfant à quitter seul Le Clap's** OUI ☐ NON ☐

Sérifontaine, le .....

Signature du représentant légal 1 et 2