

VILLE DE SÉRIFONTAINE
Service scolaire / Périscolaire
2 rue Hacque
60590 SÉRIFONTAINE
Tel : 03 44 84 80 02
Courriel : contact@serifontaine.fr

CLAP'S
Centre de loisirs et d'accueil périscolaire
rue du Four
60590 SÉRIFONTAINE
Tel : 03 64 19 88 07 / 06 28 56 17 77
Courriel : enfance@serifontaine.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION 2025 / 2026

1^{ère} inscription scolaire

(à cocher uniquement si 1^{ère} 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 périscolaire 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 :

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