

# PRÉ-INSCRIPTION SERVICE JEUNESSE

Restauration scolaire  Périscolaire  Centre de Loisirs



Joindre à ce document : la fiche autorisations, la copie des vaccins à jour, l'avis de non imposition, l'assurance scolaire 2025-2026, un justificatif de domicile. A remettre avant le 15 juin.

NOM, Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

Adresse : ..... Commune : .....

N° Sécurité sociale : ..... N° CAF : .....

Situation de la famille : Parentale  Mono parentale  Recomposée  Autre

Mère  Beau-parent  Nom, Prénom : .....

Mail : ..... Tél. port./dom. ....

Père  Beau-parent  Nom, Prénom : .....

Mail : ..... Tél. port./dom. ....

## RESTAURATION /PÉRISCOLAIRE

**En cas de fréquentation irrégulière au mois, merci de fournir un planning papier au périscolaire le lundi avant 8h.**  
**Pour toute modification à la semaine, merci de prévenir LE LUNDI MATIN AVANT 8H par SMS les services :**  
**Périscolaire ÉLÉMENTAIRE au 06 78 38 70 84 ou Périscolaire MATERNELLE au 07 88 38 03 07**

<input type="checkbox"/> Fréquentation régulière à la semaine	Périscolaire du matin	Restauration	Périscolaire du soir
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			
<b>PRÉVISION MERCREDIS LOISIRS</b>	MATIN + REPAS <input type="checkbox"/>	APRÈS-MIDI <input type="checkbox"/>	JOURNÉE COMPLÈTE <input type="checkbox"/>
<b>PRÉVISION VACANCES LOISIRS</b>	FÉVRIER <input type="checkbox"/>	AVRIL <input type="checkbox"/>	JUILLET/AOÛT <input type="checkbox"/> OCTOBRE <input type="checkbox"/>

<p><b>TYPE REPAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Repas STANDARD</p> <p><input type="checkbox"/> Repas sans viande</p> <p><input type="checkbox"/> Repas glacière (PAI)</p> <p>TRAITEMENT MÉDICAL A L'ANNÉE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><b>Si oui, établir un PAI avec les médicaments à fournir</b></p> <p>Observation des parents : .....</p>	<p><b>ALLERGIES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Autres .....</p> <p><b>DIFFICULTÉS DE SANTÉ</b></p> <p><input type="checkbox"/> Accidents <input type="checkbox"/> Port de lunettes</p> <p><input type="checkbox"/> Crises convulsives <input type="checkbox"/> Prothèse</p> <p><input type="checkbox"/> Opérations</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p>
--	--

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant autre que les parents,**  
 (pour les mineurs fournir une attestation sur l'honneur avec nom, prénom, âge et filiation)

Nom, Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

Fait à Oraison le, .....

Signature de la mère ou du père