



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

2025-2026

PERISCOLAIRE (matin, midi, cantine, soir) EXTRASCOLAIRE (accueil Mercredi)

SCOLAIRE Classe :

L'inscription scolaire est obligatoire pour une entrée en petite section de maternelle, une entrée en cours préparatoire (CP) à l'élémentaire ou pour tout nouvel arrivant.

VOTRE ENFANT
Nom, prénoms :
Adresse : Si garde alternée, 2 ^{ème} adresse :
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date & lieu de naissance :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE OBLIGATOIRE
Assureur :
Numéro :

Information : vous avez le droit de souscrire à une assurance individuelle accident pour votre enfant, couvrant les dommages corporels auxquelles peuvent les exposer les activités auxquelles il participe.

RESPONSABLES LÉGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage : (si différent) :	Nom d'usage : (si différent)
Prénom :	Prénom :
Employeur :	Employeur :
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Parent 1 / Parent 2 / Autre (Précisez)	Type : Parent 1 / Parent 2 / Autre (Précisez)
Adresse : (si différente de l'enfant)	Adresse : (si différente de l'enfant)
Email :	Email :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :
Tél Pro. :	Tél Pro. :

Autres contacts	
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : Grands-parents / Voisins / Autre	Type : Grands-parents / Voisins / Autre
Téléphone :	Téléphone :
Appel en cas d'urgence : OUI / NON <i>(Entourer la bonne réponse)</i>	Appel en cas d'urgence : OUI / NON <i>(Entourer la bonne réponse)</i>
Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON <i>(Entourer la bonne réponse)</i>	Autorisé à récupérer l'enfant : OUI / NON <i>(Entourer la bonne réponse)</i>

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE	
Autorisations	Réponse
Partir seul <i>Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur de la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (À joindre avec cette fiche).</i>	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.	OUI / NON
Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant porte-t-il des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant porte-t-il un appareil auditif ?	OUI / NON
Données complémentaires	

Allergies	Pratiques Alimentaires

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

Pour toutes les allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation d'un certificat médical ou d'une notification MDPH, la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est obligatoire. Vous devez à cet effet contacter le centre médico-scolaire et/ou le directeur – la directrice de l'école

ATTESTATION

Je (*Nous*) soussigné(s) (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Responsable 1 (*)	Responsable 2
Fait à :	Fait à :
Date :	Date :
Signature :	Signature :

* A remplir obligatoirement

RESERVATIONS PERISCOLAIRES-CANTINES-EXTRASCOLAIRES

Les réservations se feront sur le portail Inoé, à partir de votre espace personnel. (possibilité version papier sur demande au service périscolaire) Renseignements + [Livret inscription sur le site internet](#) et en mairie auprès de la coordinatrice enfance jeunesse.

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

Merci de fournir les documents suivants, à jour :

- DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION complété et signé
- ATTESTATION ASSURANCE de responsabilité civile **avec indication périscolaire et extrascolaire (valide jusqu'au 31/08/2026)**
- FICHE SANITAIRE DE LIAISON ci-dessous **(valide jusqu'au : 31/08/2026)**
- CARNET DE VACCINATION A JOUR
- L'attestation du quotient familial

Pour l'inscription scolaire uniquement, documents à fournir :

- Justificatif de domicile (Facture d'eau, d'énergie, impôts...)
- Copie du livret de famille
- Cas particuliers :
 - Copie du jugement de divorce ou de séparation précisant le lieu de résidence de l'enfant et l'autorité parentale
 - Certificat de radiation si l'enfant était inscrit dans une autre école l'année précédente
 - Dérogation signée de toutes les parties si la résidence de l'enfant n'est pas Tours-sur-Marne

**Dossier papier à déposer à la maison des enfants
et sur le site INOÉ pour les familles ayant un compte.**

Utilisation de vos données personnelles

La Mairie de Tours sur Marne, responsable du traitement des données contenues dans ce formulaire, vous informe que ce traitement correspond à une mission d'intérêt public au regard de l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Les données recueillies sont nécessaires à l'inscription de votre enfant pour l'année scolaire en cours. Ces données ne sont pas conservées au-delà de l'année scolaire relative à la présente autorisation.

Vos droits

Conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant et/ou concernant votre enfant, du droit à la portabilité de vos données, du droit à la limitation d'un traitement vous concernant et/ou concernant votre enfant. (vous pouvez, par exemple, limiter les supports sur lesquels les photographies et vidéos de votre enfant peuvent être diffusées.), du droit, pour motifs légitimes, de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement .

Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant à la MAIRIE DE TOURS SUR MARNE - Rue du Pont - 51150 Tours-sur-Marne . **Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droit.**

Pour aller plus loin

Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/> ou contacter le Délégué à la Protection des Données de la collectivité : <https://www.agirhe.cdg54.fr/TDB/rgpd.aspx>

Contacts

MAIRIE DE TOURS SUR MARNE - Rue du Pont - 51150 Tours-sur-Marne

 **03.26.58.93.13** -  mairie.secretariat@tours-sur-marne.fr - Site internet: <https://www.tours-sur-marne.fr/>



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : **Périscolaire Tours sur Marne valide jusqu'au : 31/08/2026**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

**DONNER LA PHOTOCOPIE DES VACCINS Les « 2 ou 3 doubles pages :
vaccination + maladies contagieuses » du carnet de santé**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

MAIRIE DE TOURS SUR MARNE - Rue du Pont - 51150 Tours-sur-Marne

 : 03.26.58.93.13

 mairie.secretariat@tours-sur-marne.fr

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....