

- FAMILLE -

Situation familiale : _____

Parent 1 :

Nom et prénom : _____

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

N° de Sécu : _____

Profession, adresse employeur : _____

Tél. employeur : _____

Nom et prénom : _____

Adresse (si différente de l'enfant) : Parent 2 : _____

N° de Sécu : _____

Profession, adresse employeur : _____

Tél. employeur : _____

Nom de la personne à qui la facturation doit être adressée : _____

- AUTORISATIONS -

Je soussigné Madame, Monsieur _____

Représentant légal de l'enfant _____

Autorisation donnée à une personne autre que les représentants légaux pour venir chercher l'enfant dans l'une des structures du Service Enfance Jeunesse :

M/Mme/Melle : _____ Lien de parenté : _____

M/Mme/Melle : _____ Lien de parenté : _____

M/Mme/Melle : _____ Lien de parenté : _____

J'autorise mon enfant à partir seul (préciser le ou les jour(s)) _____

A _____ h _____.

Autorisation de sortie avec ou sans transport :

Autorise n'autorise pas Mon enfant à participer aux sorties organisées par le service.

Autorisation de photos et vidéos :

☐ Autorise ☐ n'autorise pas que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre des activités gérées par le Service Enfance Jeunesse, pouvant être utilisées dans les supports écrits et/ou audiovisuels au sein de la commune de Sargé-les-le Mans et/ou sur le site Internet communal.

☐ Autorise ☐ n'autorise pas la presse locale à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre des activités gérées par le Service Enfance Jeunesse.

Autorise n'autorise pas que mon enfant soit filmé/photographié pour des activités manuelles ou artistiques propres au centre de Loisirs.

Si un organisme extérieur souhaitait réaliser un tournage, celui-ci ferait l'objet d'une demande spécifique et ponctuelle.

☐ Autorisation médicale : ☐

☐ Autorise ☐ n'autorise pas le responsable du Service Enfance Jeunesse à consulter un médecin qui prendra toutes les dispositions médicales au regard de l'état de santé de l'enfant.

Le conseil municipal fixe un tarif en fonction du quotient familial. Il vous est donc demandé de remettre **votre avis d'imposition 2025 (sur les revenus de 2024)** sous pli fermé au service Enfance Jeunesse afin de bénéficier de ces tarifs. En l'absence de ce document, un tarif correspondant à la tranche la plus élevée sera appliqué par défaut.

☐ ☐ Date et Signature du ou des représentants légaux :

Pour bénéficier de l'**Accueil Périscolaire**, l'enfant doit être âgé de **3 ans** avant le **31 décembre** de l'année en cours.

Lors de la première inscription aux **M'Loisirs**, l'enfant doit être âgé de **3 ans**.

Dans le cas d'allergie alimentaire médicalement reconnue, un « **Projet d'Accueil Individualisé** » accompagné d'un certificat médical doit être constitué. En l'absence de ce document, la responsabilité de la commune ne pourra pas être engagée.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

Poids : Taille : Groupe sanguin :

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant ou fournir une photocopie du carnet).

Vaccins Obligatoires	Dates	Vaccins Obligatoires	Dates
DT Polio		Haemophilus influenzae B	
Tétracoque		Méningocoque B et ACWY	
Hépatite B		Pneumocoque	
R.O.R.			
BCG			

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? 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

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.)

Date et Signature du ou des représentants légaux :

- Document à nous remettre avant le Vendredi 24 Juillet 2026 -

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026/2027

(Ce dossier est valable seulement pour l'année scolaire 2026/2027)



M'Loisirs – Restaurant scolaire –
Accueil Périscolaire – Etudes Surveillées – ALSH

- ENFANT -

PHOTO

Nom : _____

Prénom : _____ Sexe : _____

DATE de naissance : ____/____/____ LIEU de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. parent 1 : _____

Tél. parent 2 : _____

E-mail : _____

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

Régime (CAF, MSA, etc...) : _____ N° allocataire : _____

Centre de Sécu : _____

RENTREE 2026 :

ECOLE : _____ CLASSE : _____



Remarques particulières (exemple panier repas, PAI, pratique alimentaire, ...) :
(Pour les P.A.I. pensez à déposer vos paniers repas au restaurant scolaire.)

A retourner au Service Enfance Jeunesse:

20 rue principale

72190 Sargé-lès-le Mans ; Tel 02 43 82 80 22.