



TEMPS PÉRISCOLAIRE
Fiche de renseignement
Année scolaire 2025-2026

Formulaire **obligatoire** à remettre à la mairie ou à renvoyer par mail (periscolaire@beruges.fr) avant le **mardi 15 juillet 2025**.

Je soussigné(e) _____ père – mère - tuteur sollicite

l'inscription aux accueils périscolaires de mon(mes) enfant(s) :

Enfant 1 - Nom: _____ **Prénom :** _____

Niveau à la rentrée 2025 : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance : _____ / _____ / _____

A PARTIR DU CP UNIQUEMENT : J'autorise mon enfant à partir seul le soir **OUI** **NON** **(Remplir obligatoirement)**

Enfant 2 - Nom: _____ **Prénom :** _____

Niveau à la rentrée 2025 : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance : _____ / _____ / _____

A PARTIR DU CP UNIQUEMENT : J'autorise mon enfant à partir seul le soir **OUI** **NON** **(Remplir obligatoirement)**

Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....	
Code postal : Ville :	Code postal : Ville :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Courriel :@.....	Courriel :@.....
N° allocataire CAF :	N° allocataire CAF :
(ou attestation de quotient familial ou dernier avis d'imposition)	(ou attestation de quotient familial ou dernier avis d'imposition)

L'adresse est-elle différente de celle de l'année précédente ?

☐ **OUI**

☐ **NON**

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

1 – Nom, Prénom, téléphone : _____

2 – Nom, Prénom, téléphone : _____

3 – Nom, Prénom, téléphone : _____

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (hors responsables légaux / préciser l'âge s'il s'agit d'un mineur) :

1 – Nom, Prénom, téléphone : _____

2 – Nom, Prénom, téléphone : _____

3 – Nom, Prénom, téléphone : _____

4 – Nom, Prénom, téléphone : _____

5 – Nom, Prénom, téléphone : _____

INSCRIPTION

Retourner ce formulaire à la mairie ou par courriel (periscolaire@beruges.fr) avant le 15/07/2025 pour bénéficier des services périscolaires dès le jour de la rentrée (01/09/2025).

Principes généraux relatifs aux accueils périscolaires :

Votre(vos) enfant(s) sera/seront dorénavant préinscrits sur l'année à l'ensemble des activités : accueil du matin, restauration scolaire, et accueil du soir.

Chaque matin, il vous appartient donc de confirmer aux animateurs de l'accueil du matin ou aux Enseignant.e.s en maternelle la présence ou non de votre enfant sur les temps périscolaires. Pour les élémentaires, les Enseignant.e.s font un pointage auprès des élèves en début de journée, merci de bien leur indiquer s'il mange à la cantine et reste à l'accueil du soir.

Les enfants sont pointés par les animateurs au début du temps périscolaire et au moment de leur départ. Bien évidemment, seuls les créneaux périscolaires fait seront facturés.

Pour les inscriptions pour le mercredi après-midi au « Local », les fiches d'inscription sont disponibles à chaque période en mairie, sur les accueils périscolaires, et sur le site de la commune. Cette fiche doit être **obligatoirement** remplie pour pouvoir participer au mercredi après-midi.

Autorisations :

- J'autorise les prises de vues et l'utilisation des images par l'équipe du Temps Périscolaire de(s) l'enfant(s) cité(s) ci-dessus uniquement dans le cadre des activités des accueils périscolaires et du « Local ». (rayer cette mention en cas de refus)
- J'autorise mon(mes) enfant(s) à participer à des déplacements à pied ou véhiculés dans le cadre des activités périscolaires, mercredi après-midi inclus. (rayer cette mention si refus)
- J'autorise l'équipe périscolaire à appeler les services de secours en cas d'urgence et à faire véhiculer mon/mes enfant(s) par ces mêmes services en cas de nécessité. (rayer cette mention si refus)

ATTENTION :

Pour des raisons de responsabilité, sans retour de la fiche d'inscription votre(vos) enfant(s) ne pourra(-ont) pas être accueilli(s) sur les temps périscolaires.

IMPORTANT :

Vous devez impérativement signaler une inscription occasionnelle au service périscolaire avant l'accueil concerné (NE PAS APPELER L'ÉCOLE) :

- par téléphone/SMS (07 81 84 53 76)
- par courriel (periscolaire@beruges.fr)
- ou par courrier à la mairie.

Retrouvez l'intégralité du règlement intérieur du périscolaire sur www.beruges.fr ou à la mairie.

- Je déclare avoir vérifié les éléments au recto et certifie l'exactitude des informations fournies.
- Je m'engage à régler les factures correspondant à cette inscription.
- Je m'engage à respecter le règlement intérieur du périscolaire et à transmettre toute modification de situation au service périscolaire dans les plus brefs délais.

Béruges, le _____

**Signatures obligatoires des deux
représentants légaux**

Fiche sanitaire enfant(s)
Année 2025-2026

NOM Prénom de l'enfant 1 :
Âge :

Allergie	Commentaires - Conduite à tenir
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

Régime Alimentaire	
--------------------	--

Maladie	oui	non	Lesquelles - commentaires
L'enfant a-t-il des difficultés de santé particulières ?			
PRECAUTION(S) A PRENDRE			
L'enfant porte-t-il des lunettes ?			
A-t-il des lentilles ?			
A-t-il des prothèses auditives ?			
A-t-il des prothèses dentaires ?			

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels		Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie					Hépatite B	
Tétanos					Rubéole / Oreillons / Rougeole	
Poliomyélite					Coqueluche	
Ou DT Polio					BCG	
Ou Tétracoq					Autres (préciser) :	

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	

NOM Prénom de l'enfant 2 :
Âge :

Allergie	Commentaires - Conduite à tenir
ALIMENTAIRES	
ASTHME	
MEDICAMENTEUSES	
AUTRES	

Régime Alimentaire	
--------------------	--

Maladie	oui	non	Lesquelles - commentaires
L'enfant a-t-il des difficultés de santé particulières ?			
PRECAUTION(S) A PRENDRE			
L'enfant porte t'il des lunettes ?			
A t-il des lentilles ?			
A-t-il des prothèses auditives ?			
A-t-il des prothèses dentaires ?			

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole / Oreillons / Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser) :	

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
☐ Oui ☐ non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	

Médecin traitant	Adresse	Téléphone

Assurance :

N° de police :

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE

Je me dois d'informer et de signaler tout changement auprès du Responsable de la structure.

Je soussigné , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à :

Le :

"Lu et approuvé"

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur légal