



# INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE 2023 - 2024

Dossier à retourner complété et accompagné des justificatifs en mairie  
1, rue Source de Muire - 51430 Bezannes / 03.26.36.56.57 / mairie@bezannes.fr



## Renseignements sur l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  masculin  féminin

## Renseignements sur la famille

	Parent 1	Parent 2
	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre responsable légal	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre responsable légal
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom		
Adresse complète		
CP - Ville		
Téléphone 1		
Téléphone 2		
Courriel		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Destinataire des factures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prestations familiales	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Sans N° Allocataire : _____	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Sans N° Allocataire : _____

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Allergie(s)	Oui	Non	Allergie(s)	Oui	Non
Alimentaire			Cosmétique		
Médicamenteuse			Autre (à préciser)		
Provoquant de l'asthme			Autre (à préciser)		

Autre(s) renseignements	Observations et précisions
Régime alimentaire particulier	<input type="checkbox"/> sans viande <input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/> PAI
Appareillage(s) (Lunettes, lentilles, appareils dentaires, etc.)	
Divers / Antécédents / Difficultés de santé	
Divers / Antécédents / Difficultés de santé	

Pour toutes les allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est obligatoire. Sur présentation d'un certificat médical, contactez la direction de l'école Sylvain Lambert pour la mise en relation avec le médecin scolaire.

## Inscriptions aux temps d'accueil périscolaires

Je demande l'inscription de mon enfant aux temps d'accueil périscolaires suivants à compter du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du matin 7h30 - 8h30				
Accueil du midi 11h30 - 12h15				
Restauration scolaire 11h30 - 13h30				
Accueil du soir 1 16h30 - 17h30				
Accueil du soir 2 17h30 - 18h30				

Cochez les temps d'accueil souhaités dans les tableaux.

Si garde alternée, préciser si l'inscription concerne les :

semaines paires

ou

semaines impaires



**MATERNELLE**

Conformément au règlement intérieur, tout enfant scolarisé en maternelle (PS, MS, GS) ne peut être inscrit à plus de deux temps d'accueil par jour, sauf justificatif ponctuel.

Mercredis Loisirs	Journée complète 8h00 - 18h00	Demi-journée Matin 8h00 - 12h15	Demi-journée Matin + Repas 8h00 - 13h30	Demi-journée Après-midi 13h30 - 18h00

Pour toute modification de réservation, veuillez respecter le délai de prévenance du jeudi midi au plus tard pour la totalité de la semaine suivante.

## Autorisations

	Oui	Non
<b>Droit à l'image</b> : Je donne mon accord à la diffusion des photographies de mon enfant, d'enregistrements sonores de sa voix et de ses créations réalisées sur les temps périscolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sortie</b> : J'autorise mon enfant à rentrer seul après les heures de prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je, soussigné(e), Mme/M. (Nom-Prénom) \_\_\_\_\_

- autorise mon enfant à :
  - participer aux activités physiques et sportives,
  - participer aux activités aquatiques (baignades surveillées),
  - participer aux sorties (visites, etc.),
  - emprunter les transports en commun (Bus de ville, Tramway, Car, Train, etc.),
- autorise les personnels à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, à le transporter dans un véhicule de secours jusqu'au CHU ou à la polyclinique, et à faire procéder à son hospitalisation ou à une intervention chirurgicale.
- atteste avoir pris connaissance du règlement périscolaire sur [www.bezannes.fr](http://www.bezannes.fr) et m'engage à le faire respecter. Je certifie avoir informé les services municipaux de toute affection ou problème susceptible de nuire à l'accueil de mon enfant dans les meilleures conditions.

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature :

## Contacts autorisés à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence

(Autres que les personnes désignées en page 1)

	Nom	Prénom	Téléphone	Adresse	Lien avec l'enfant
Contact 1					
Contact 2					

*En cas d'interdiction(s) de reprendre l'enfant, veuillez désigner la/les personne(s) expressément et si la personne désignée est un représentant légal, fournir la décision de justice.*

## PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- Attestation d'assurance responsabilité civile et activités extra-scolaires** pour l'année 2023-2024 (*à transmettre au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2023*).
- En cas de séparation** : jugement de divorce ou de séparation précisant le lieu de résidence de l'enfant et l'autorité parentale. Une attestation écrite (accompagnée d'une photocopie de la pièce d'identité) de l'autre parent autorisant l'inscription.
- Photocopie des pages vaccinations** du carnet de santé de l'enfant sur lesquelles doit figurer le nom de l'enfant ou uniquement les nouveaux vaccins ou rappels effectués depuis la dernière inscription.
- Attestation de quotient familial** CAF ou MSA.
- En cas de problème(s) de santé**, le PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ou le PPS (Protocole Personnalisé de Scolarité) ou le certificat médical précisant le nom du médicament et la conduite à tenir.

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception du dossier : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dossier complet :  Oui  Non  
Montant du quotient Familial : \_\_\_\_\_

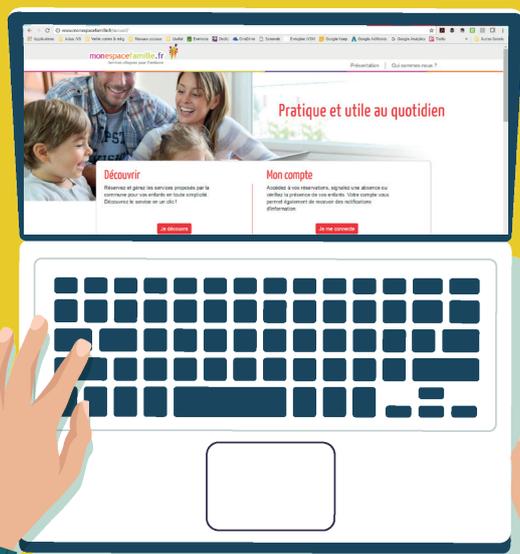




# ESPACE FAMILLE

**Votre guichet d'inscriptions  
à la maison accessible 24/24h et 7/7j**

**Gérez toutes vos activités dans une seule application :  
Accueil du matin, du midi, du soir, Mercredis Loisirs et Restauration scolaire !**



**Réservation et  
inscription en ligne aux  
activités périscolaires et  
restauration scolaire**

[www.monespacefamille.fr](http://www.monespacefamille.fr)



**MON ESPACE  
Famille**

**BEZANNES**  
COMMUNE HUMAINE ET URBAINE