

# INSCRIPTIONS PÉRICOLAIRE

Accueils du matin, du midi, du soir • Restauration scolaire • Mercredis Loisirs

2025 - 2026

**BEZANNES**  
COMMUNE HUMAINE ET URBAINES

## Renseignements sur l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

## Renseignements sur la famille

|                               | Responsable légal 1                                                                                                                                                                                                                                           | Responsable légal 2                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père<br><input type="checkbox"/> Autre responsable légal (précisez) : _____                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père<br><input type="checkbox"/> Autre responsable légal (précisez) : _____                                                                                                                            |
| Nom d'usage                   |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nom de naissance              |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Prénom(s)                     |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Adresse postale               |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Téléphone                     |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Courriel                      |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nom et adresse de l'employeur |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Téléphone professionnel       |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Situation familiale           | <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)<br><input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire<br><input type="checkbox"/> Vie maritale | <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)<br><input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire<br><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<br>N° Allocataire : _____                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Sans<br>N° Allocataire : _____                                                                                                                                             |

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

| Allergie(s)            | Oui<br>(à préciser) | Non | Allergie(s)        | Oui<br>(à préciser) | 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"/> PAI |
| Appareillage(s) (Lunettes, lentilles, appareils dentaires, etc.) |                                                                   |
| Antécédents / Difficultés de santé                               |                                                                   |
| Divers                                                           |                                                                   |

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<br>7h30 - 8h30        |       |       |       |          |
| Accueil du midi<br>11h30 - 12h15       |       |       |       |          |
| Restauration scolaire<br>11h30 - 13h30 |       |       |       |          |
| Accueil du soir 1<br>16h30 - 17h30     |       |       |       |          |
| Accueil du soir 2<br>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, et pour le bien-être des enfants, tout enfant scolarisé en maternelle (PS, MS, GS) ne peut être inscrit aux accueils du matin, du midi ET du soir dans la même journée, sauf justificatif ponctuel.

| Mercredis Loisirs | Journée complète<br>8h00 - 18h00 | Demi-journée Matin<br>8h00 - 12h15 | Demi-journée Matin<br>+ Repas<br>8h00 - 13h30 | Demi-journée<br>Après-midi<br>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 2025-2026
- ☐ **Justificatif de domicile** datant de moins de 3 mois
- ☐ **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 : \_\_\_\_\_



## Facturation et modes de paiement

La facture mensuelle est à payer après réception de **l'avis des sommes à payer** du Trésor Public (Service de Gestion Comptable de Fismes). Vous le recevez par voie postale, à terme échu. Ce document est INDISPENSABLE pour le paiement.

### 1. PAR CARTE BANCAIRE

#### EN LIGNE

[www.payfip.gouv.fr](http://www.payfip.gouv.fr)

#### AUPRÈS D'UN BURALISTE (Partenaire agréé par la DGFiP)

Sur place sans rendez-vous, muni de l'avis des sommes à payer au Café de Bezannes  
2 rue de l'Ancien Château - 51430 Bezannes

### 2. PAR CHÈQUE

#### PAR ENVOI POSTAL

Suivre les démarches indiquées sur le talon de l'avis des sommes à payer

### 3. EN ESPÈCES

#### AUPRÈS D'UN BURALISTE (Partenaire agréé par la DGFiP)

Dans la limite de 300€

Sur place sans rendez-vous au Café de Bezannes - 2 rue de l'Ancien Château - 51430 Bezannes

### 4. PAR VIREMENT BANCAIRE

#### AU TRÉSOR PUBLIC

Au moyen des coordonnées bancaires fournies avec l'avis des sommes à payer

Avec référence de la facture à inscrire en libellé du virement

### 5. EN CHÈQUES CESU

#### PAR ENVOI POSTAL

Avec l'avis des sommes à payer au Service de Gestion Comptable (S.G.C.) de Fismes  
6 place Abel Folly - 51170 Fismes

### 6. PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

**TÉLÉCHARGEZ LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ ET SIGNÉ + VOTRE RIB** à retourner en mairie  
RDV sur [www.bezannes.fr/education-et-jeunesse/accueil-periscolaire](http://www.bezannes.fr/education-et-jeunesse/accueil-periscolaire)  
ou en flashant le QR Code ci-contre



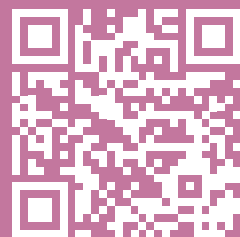
## ESPACE FAMILLE

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

Gérez toutes vos activités dans une seule application :  
Accueils du matin, du midi, du soir et Restauration scolaire !



RÉSERVATION ET  
INSCRIPTION EN LIGNE  
aux temps d'accueil  
périscolaires et à la  
restauration scolaire



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