



Dossier d'inscription accueils collectifs de mineurs 2025-2026 (Valable de sept.2025 à sept.2026)

Dossier unique valable pour l'ensemble des accueils collectifs de mineurs municipaux. Merci de cocher, les accueils souhaités.

- FOYER DES JEUNES accueil extrascolaire 11-17ans

- VILLARGELLE : accueil extrascolaire 03-14 ans et périscolaire du mercredi

- ECOLE Jules Ferry ou Louise Michel Paluds-de-Noves accueil périscolaire
 - accueil matin (7h30-8h30 ou 8h-9h)
 - cantine
 - accueil soir (à partir de 16h30)

Pièces à fournir pour la constitution du dossier d'inscription

- La fiche de renseignements et la fiche sanitaire complétées et signées (recto/verso)
 - La photocopie des vaccins à jour
- L'attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année scolaire en cours
- Un justificatif de domicile (facture EDF ou téléphone de moins de trois mois)

Pour l'inscription à Villargelle, au périscolaire du mercredi, du matin et du soir sur les écoles, joindre également :

- Les justificatifs d'employeurs
- Le quotient familial CAF

Tout dossier non complet ne sera pas pris en compte

MAIRIE DE NOVES SERVICE ENFANCE JEUNESSE 04.90.24.43.23
Contact périscolaire (école et mercredi) et foyer des jeunes mail : fdj@noves.fr
Contact Villargelle extrascolaire : 04.90.94.12.47 mail : villargelle@noves.fr

Horaires & périodes d'ouverture des accueils municipaux

◇ Foyer des jeunes :

Accueil extrascolaire 11-17 ans pendant les vacances scolaires (excepté les vacances de Noël) de 8h30 à 18h*

◇ Villargelle :

Accueil extrascolaire 03-14ans
pendant les vacances scolaires (excepté les vacances de Noël) de 8h00 à
18h*

Accueil périscolaire le mercredi
de 8h00 à 18h00*

◇ Accueil périscolaire* matin, cantine et soir :

*École Jules Ferry / Noves : de 7h30 à 8h30, de 11h30 à 13h30 et de 16h30 à
18h.*

*École Louise Michel / Paluds-de-Noves de 8h à 9h, de 12h à 13h30 et de
16h30 à 18h.*

*Extrascolaire : accueil ouvert uniquement pendant les vacances scolaires
Périscolaire : accueil ouvert pendant le temps scolaire.*

FICHE DE RENSEIGNEMENT 2025-2026

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM** :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

L'enfant vit chez : ses deux parents sa mère son père

en alternance (à préciser) :

en famille d'accueil (à préciser) :

autre (à préciser) :

Renseignement responsable 1 :

NOM :PRENOM :

✉ Adresse :

.....

@Mail :

📞 Portable :/...../...../...../..... 📞 Fixe : :/...../...../...../..... 📞 Travail : :/...../...../...../.....

Renseignement responsable 2 :

NOM :PRENOM :

✉ Adresse :

.....

@Mail :

📞 Portable :/...../...../...../..... 📞 Fixe :/...../...../...../..... 📞 Travail :/...../...../...../.....

Autre responsable légal

Organisme/Personne référent

✉ Adresse :

.....

@Mail :

📞 Portable :/...../...../...../..... 📞 Fixe :/...../...../...../..... 📞 Travail :/...../...../...../.....

📞 **En cas de divorce** merci de nous communiquer les informations nécessaires à la garde de l'enfant.

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : oui non Individuelle accident : oui non

Compagnie d'assurance :

N° de police d'assurance :

Il est fortement recommandé aux familles de souscrire une assurance dommages corporels complémentaires.

AUTORISATION DE SORTIE APRES LES ACTIVITES

- J'autorise mon enfant à partir seul, a pieds, en vélo, trottinette, ou moto.
- Je n'autorise pas mon enfant à partir seul. Je viendrais dans ce cas-là, le récupérer après chaque fin d'activité.

Personne habilitée à venir récupérer l'enfant (autre que les parents)

.....

Personne à prévenir en cas d'accident (nom prénom numéro de téléphone)

.....

DROIT A L'IMAGE

Votre (os) enfant (s) peut (vent) faire l'objet de prise de vue. Ces photographies pourront être diffusées à des fins internes (affichage dans les locaux) ou externes (prospectus, articles municipaux, site internet municipal, facebook, article de presse.)

J'autorise la diffusion des images

Je n'autorise pas la diffusion des images

Je soussigné(e),père, mère, représentant légal de l'enfant,

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise le responsable de l'accueil à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil.

A Noves le,

Signature du ou des parents

.....

FICHE SANITAIRE 2025-2026

Mineur accueilli : fille garçon

Nom :Prénom :

Date de naissance :

Responsable (s) légal :

NOM :PRENOM :

✉ Adresse :

.....
.....

@Mail :

☎ Portable :/...../...../...../..... ☎ fixe :/...../...../...../..... ☎ travail :/...../...../...../.....

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, *et joindre une copie*)

Vaccins obligatoires	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		BCG	
		Autres (préciser)	

Renseignements médicaux concernant le mineur accueilli :

↶ Le mineur présente-t-il des troubles de la santé ?

Allergies médicamenteuses : oui non - préciser :

allergies alimentaires : oui non - préciser :

autres allergies : oui non- préciser :

asthme : oui non- préciser :

Diabète : oui non- préciser :

Épilepsie : oui non- préciser :

Autres : oui non- préciser :

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

↳ L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? oui non

Merci de prendre contact avec le responsable de l'accueil.

↳ Le mineur est-il en situation de handicap ? oui non

⇒ Si oui, merci de fournir la notification MDPH

⇒ Percevez-vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) oui non

↳ Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre (P.A.I) ? oui non

Merci de fournir une copie et prendre contact avec le responsable de l'accueil.

Indiquer les **difficultés de santé** :(maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?.....

.....
.....

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

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : à Noves, le :