

Nom-prénom :

Classe :

## Dossier d'inscription accueils collectifs de mineurs 2026-2027 (Valable de sept.2026 à sept.2027)

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

- ☐ FOYER DES JEUNES accueil extrascolaire et périscolaire 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)
  - Enfant en situation de handicap : l'attestation de la M.D.P.H
  - La fiche de sortie complétée et signée

**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](mailto:fdj@noves.fr)

Contact Villargelle extrascolaire : 04.90.94.12.47 mail : [villargelle@noves.fr](mailto: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

**Accueil périscolaire\* le mercredi** de 13h à 17h

### ◇ 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 2026-2027

**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 : .....

① Portable : ...../...../...../...../..... ① Fixe : : ...../...../...../...../..... ① Travail : : ...../...../...../...../.....

## Renseignement responsable 2 :

NOM : ..... PRENOM : .....

☒ Adresse : .....

@Mail : .....

① Portable : ...../...../...../...../..... ① Fixe : ...../...../...../...../..... ① Travail : ...../...../...../...../.....

## Autre responsable légal

Organisme/Personne référent .....

☒ Adresse : .....

@Mail : .....

① Portable : ...../...../...../...../..... ① Fixe : ...../...../...../...../..... ① 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)

.....

### AUTORISATION DE TRANSPORT EN MINIBUS

- ☐ J'autorise mon enfant à être transporté dans le cadre des activités de l'Accueil Collectif de Mineurs, notamment en minibus ou tout autre véhicule adapté, conduit par un animateur ou membre de l'équipe encadrante habilité, et couvert par l'assurance de la structure.

### 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 du 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 2026-2027

**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 | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite                                                     | Rougeole                                                  | Oreillons                                                 | Rhumatisme articulaire aigu                               |                                                           |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <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 :

## FICHE DE SORTIE : 2026-2027

Projet d'accueil individualisé : ☐ Porteur d'un handicap : ☐



### 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 2. RESPONSABLE(S) LÉGAL(S)  
 Nom et Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse complète : \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
 Téléphones : \_\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A remplir obligatoirement même si copie des vaccins fournis.

### 3. INFORMATIONS MÉDICALES ET VACCINATIONS

**Vaccinations Obligatoires (Dates du dernier rappel) :**

DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Coqueluche : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autres (BCG, Hépatite B, etc.) : \_\_\_\_\_

*Antécédents et Santé :*

Allergies Médicamenteuses : ☐ Non ☐ Oui (Précisez : \_\_\_\_\_)

Allergies Alimentaires : ☐ Non ☐ Oui (Précisez : \_\_\_\_\_)

Asthme : ☐ Non ☐ Oui

Pathologies (Diabète, Épilepsie, etc.) : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà eu : ☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Angine ☐ Scarlatine ☐

Coqueluche ☐ Oreillons ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Suivi Médical : \_\_\_\_\_

Traitement en cours : ☐ Non ☐ Oui (Joindre obligatoirement l'ordonnance)

**Besoins spécifiques :** ☐ Port de lunettes ☐ Appareil dentaire/auditif

Médecin Traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

## FICHE DE SORTIE : 2026-2027

### 4. ASSURANCES ET AUTORISATIONS

Assurance Responsabilité Civile : ☐ Oui ☐ Non

Compagnie : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_

#### Droit à l'image :

☐ J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant.

☐ Je n'autorise pas la diffusion de l'image de mon enfant.

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

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que parents) :

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pour les adolescents (Foyer des Jeunes) :

L'enfant est-il autorisé à quitter seul la structure en fin d'activité ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez l'heure ou les conditions : \_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS UTILES & VIE QUOTIDIENNE

Aidez-nous à mieux accueillir votre enfant en nous faisant part de ses particularités :

*Caractère / Comportement : (Ex: grande timidité, angoisses particulières, gestion de l'énervement...) Centres d'intérêt : (Ex: jeux de société, lecture, sports favoris...)*

Autres informations importantes : \_\_\_\_\_

### 5. ENGAGEMENT ET SIGNATURE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, 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 médicales ou chirurgicales nécessaires.

Fait à Noves, le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

Signature (précédée de la mention "Lu et approuvé") :

