



DOSSIER D'INSCRIPTION

Madame, Monsieur,

Ce dossier d'inscription vous permet d'inscrire l'(les) enfant(s) dont vous avez la responsabilité :

- ✓ Accueil Périscolaire du matin et du soir
- ✓ Service de Restauration scolaire

Si vous souhaitez bénéficier de l'un ou de l'ensemble des services proposés par la commune de Razac-sur-l'Isle pour l'année 2026/2027, vous devez remplir ou corriger le dossier d'inscription ci-joint.

Attention : il est obligatoire d'avoir ce **dossier à jour chaque année**. Même si vous avez utilisé un des services proposés en 2025/2026, la réinscription n'est pas automatique.

Sans ce document dûment rempli et accompagné des justificatifs demandés, l'enfant ne pourra pas être accueilli.

Dans le cas où l'enfant est en garde alternée, il vous est demandé de remplir un dossier pour chaque partie.

La municipalité de Razac-sur-l'Isle reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Comptant sur votre compréhension,

Mme le Maire de Razac-sur-l'Isle





ANNEXE N°1

A RETOURNER

En cas de séparation, un dossier COMPLET par parent doit être fourni.

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER 2026 - 2027

- ANNEXE N°1 Datée et signée (*ci-présente*)
- Fiche D'INSCRIPTION 2026 - 2027
- Fiche SANITAIRE DE LIAISON
- CALENIER GARDE ALTERNEE (*en cas de séparation*)
- ESTIMATION POUR L'ANNEE 2026 - 2027
- MANDAT DE PRELEVEMENT (*Facultatif*)

RECTIFIER EN ROUGE, SI NÉCESSAIRE.
NE PAS OUBLIER DE SIGNER. MERCI

A fournir également :

- Copie du livret de famille
- Justificatif de domicile (*de moins de 3 mois*)
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation Quotient Familial **ou** avis d'impôts 2026 sur les revenus 2025
- Attestation de la carte vitale sur laquelle apparaît l'enfant
- Carnet de santé **partie vaccination à jour des vaccins obligatoires**

Prélèvement automatique

- Pour adhérer au prélèvement automatique, merci de compléter et signer les documents prévus à cet effet et d'y joindre un RIB.

Pour les personnes qui avaient déjà souscrit au prélèvement automatique en 2025-2026 et qui souhaite le maintenir cette année merci de cocher cette case. ☐

Il n'est pas nécessaire de retourner une nouvelle demande sauf en cas de changement de compte bancaire.

GARDE ALTERNEE

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde, est-il autorisé à récupérer l'enfant :

Oui ☐

non ☐

Pour la facturation :

Compléter le **calendrier** mentionnant les dates de chacun et signé des deux parties en cas de séparation.
Joindre le **jugement de divorce**.

PROTECTION DES DONNEES

Les personnels administratifs ainsi que les personnes en charge de votre enfant auront accès aux données administratives que vous nous transmettez, afin d'établir la facturation au plus juste et d'assurer la protection de votre enfant.

L'obligation administrative légale est de conserver ces éléments durant 10 ans minimum.

À tout moment, vous pouvez accéder aux informations que vous nous avez transmises et pouvez les rectifier.

J'accepte que mes données soient traitées. ☐ *(Dans le cas contraire nous ne pouvons accueillir votre enfant.)*

Je soussigné(e), responsable de l'enfant
..... déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs
(restauration, périscolaire, cours méridienne) **présents sur le site officiel de la Mairie** et des éléments liés à la protection des données.

ENGAGEMENTS PARENTAUX

Je soussigné(e), responsable de l'enfant
.....

M'ENGAGE à respecter les règles de fonctionnement inscrit sur le règlement intérieur (restauration, périscolaire, cour méridienne) **présent sur le site officiel de la Mairie**.

M'ENGAGE à reprendre mon enfant si son comportement est jugé incompatible avec le respect du règlement.

M'ENGAGE à transmettre un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) si mon enfant présente des problèmes de santé nécessitant une prise en charge spécifique sur le temps périscolaire et/ou restauration.

Sans P.A.I., la commune ne pourra en aucun cas être tenue responsable d'éventuels dommages causés par une allergie alimentaire ou autre.

Fait à RAZAC-SUR-L'ISLE

Le :

Signature (s) obligatoire (s) des responsables légaux :



FICHE D'INSCRIPTION

2026-2027

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	 * A fournir si manquant.
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Pays de naissance :	Pays de naissance :
Ville de naissance (si pays de naissance = France) :	Ville de naissance (si pays de naissance = France) :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

PERSONNES A CONTACTER

Contacts existants

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
- certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
- autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
- attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.

Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

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)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicament** correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

NOM : PRENOM :
 SEXE ☐ GARÇON ☐ FILLE ☐ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS PRATIQUES

DATES

111

11

11

11

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		DATES	
1 ^{er} VACCIN	___ / ___ / ___	VACCIN	___ / ___ / ___		___ / ___ / ___
REVACCINATION	___ / ___ / ___	1 ^{er} RAPPEL	___ / ___ / ___		___ / ___ / ___

.....

NATURE

DATES

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

non	
oui	

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

non	
occasionnellement	
oui	

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE RÉGLÉE ?

non	
-----	--

oui	
-----	--

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DESS.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
----------	-----------	----------	--------

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Signature : _____

DATE :

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE	DEPART LE
1	1
1	1

1

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

COLE
 William B. Gendreau
 Robert F. and Dora
 George Ungas-Lyon
 Editors

► Les jours fériés sont indiqués en rouge



TARIFS

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Occasionnel		Matin		Soir	
		< 1h	> 1h	1h	2h
CAF	QF < 622	1,50 €	2,25 €	1,60 €	2,60 €
	623 < QF < 800	1,55 €	2,30 €	1,65 €	2,65 €
MSA	QF < 801	1,60 €	2,55 €	1,70 €	2,70 €
	QF < 657	1,50 €	2,25 €	1,60 €	2,60 €
Autres	QF > 657	1,55 €	2,30 €	1,65 €	2,65 €
		Nous consulter			

RESTAURANT SCOLAIRE

QF	Repas
< = 622	2,35 €
< = 800	2,50 €
< = 1200	2,65 €
> 1300	2,80 €

A compter du 1 ^{er} septembre 2024 jusqu'à la prochaine convention		
	QF	Repas
	< 1000	1 €
	< 1001 à 1300	1,10 €
	< 1301 à 1500	2,30 €
	< 1501 à 2000	2,50 €
	> 2001	2,70 €
*Enfant hors commune quel que soit le QF 3,00€		

De 10 à 15 présences dans le mois		Matin		Soir	
		< 1h	> 1h	1h	2h
CAF	QF < 622	14,40 €	24,40 €	16,00 €	26,00 €
	623 < QF < 800	14,90 €	24,90 €	16,50 €	26,50 €
MSA	QF < 801	15,40 €	25,40 €	17,00 €	27,00 €
	QF < 657	14,40 €	24,40 €	16,00 €	26,00 €
Autres	QF > 657	14,90 €	24,90 €	16,50 €	26,50 €
		Nous consulter			

De 16 à 20 Présences dans le mois		Matin		Soir	
		< 1h	> 1h	1h	2h
CAF	QF < 622	15,05 €	26,05 €	16,65 €	27,15 €
	623 < QF < 800	15,60 €	26,60 €	17,00 €	27,70 €
MSA	QF < 801	16,15 €	27,15 €	17,75 €	28,25 €
	QF < 657	15,05 €	26,05 €	16,65 €	27,15 €
Autres	QF > 657	15,60 €	26,60 €	17,00 €	27,70 €
		Nous consulter			

Remarques :

- o QF = Quotient Familial, Il est défini par votre organisme de rattachement (CAF ou MSA)
 - o Les tarifs présentés ne comprennent pas les aides aux familles (CAF, MSA, CE, CG....)
- Veuillez adresser vos justificatifs.



Estimation pour l'année 2026-2027

Etablissement : **ALSH L'Isle aux Enfants**

P1 – Périscolaire 7h -8h30

☐ Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

☐ Inscription occasionnelle

P2 – Périscolaire 8h – 8h30

☐ Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

☐ Inscription occasionnelle

P3 – Périscolaire 16h30 – 17h30

☐ Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

☐ Inscription occasionnelle

P4 – Périscolaire 16h30 – 19h00

☐ Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

☐ Inscription occasionnelle

Etablissement : **Restauration scolaire**

R – Restaurant scolaire d'enfant

☐ Inscription annuelle régulière. Planning à cocher

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

☐ Inscription occasionnelle

Date et signature :

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)

[illegible]

CODE POSTAL : 24430 VILLE : RAZAC SUR L'ISLE PAYS : France

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

« TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER »

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

[illegible][illegible]

| | | | |

| | | | |

« COMPTE À DÉBITER »

[illegible][illegible]

□

Signé à : | | | | | | | | | |

Date | | | | | | | | | |

--

**Joindre impérativement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ou de
caisse d'épargne (RICE)**