

# DOSSIER GARDERIE / CANTINE

## ANNEE 2026/2027

Site :  Jules Ferry  
 Renée Thiery / Aubert Sénart

<i>Garderie du matin</i> <input type="checkbox"/>	<i>Cantine</i> <input type="checkbox"/>	<i>Garderie du soir</i> <input type="checkbox"/>
--	--	---

NOM de l'enfant :  
 NOM de l'enfant :  
 NOM de l'enfant :

Prénom de l'enfant :  
 Prénom de l'enfant :  
 Prénom de l'enfant :

### DOCUMENTS A FOURNIR

- Dossier d'inscription dûment complété
- Attestation d'assurance Scolaire / Responsabilité Civile
- Attestation Quotient familial CAF (sans ce document la facturation se fera sur la tranche la plus élevée)
- Informations médicales – Attestation médicale de vaccination à jour

Carte d'identité des responsables légaux

### NOUS CONTACTER

### Horaires de nos services

*Garderie* : 7h15 à 8h30  
*Cantine* : 11h30 à 13h30  
*Garderie du soir* : 16h30 à 18h15

Horaire d'ouverture au public :

Jours	Matin	Après-Midi
Lundi	8h30-12h00	13h30-17h00
Mardi	8h30-12h00	13h30-17h00
Mercredi	8h30-12h00	13h30-17h00
Jeudi	8h30-12h00	13h30-17h00
Vendredi	8h30-12h00	13H30-17H00

**Nous vous invitons à prévenir de votre visite pour vous assurer**

**La disponibilité des agents.**

Merci de vous présenter à l'accueil de la mairie

- Contact téléphonique : 03.26.70.08.55 (Mairie)
- Responsable Animation : Mme MASI Mélaie
- Paiement LEBLANC Mégane
- Courriel : [pej@villedesuippes.fr](mailto:pej@villedesuippes.fr)
- Facebook : Ptits Loups

## FICHE FAMILLE

### RESPONSABLE LEGAL 1

Père     Mère     Tuteur

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse électronique : .....@.....

Employeur : .....

Téléphone employeur : .....

Situation familiale :     Célibataire     Marié(e)     Pacsé(e)     Veuf(ve)     Divorcé(e)     Concubinage

### RESPONSABLE LEGAL 2

Père     Mère     Tuteur

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse électronique : .....@.....

Employeur : .....

Téléphone employeur : .....

Situation familiale :     Célibataire     Marié(e)     Pacsé(e)     Veuf(ve)     Divorcé(e)     Concubinage

### Régime

Nom Allocataire : .....

### Situation financière

Nb enfants à charge : ..... Nb enfants total : .....

Régime Allocataire : ..... Numéro Allocataire : .....

CAF     MSA     SNCF

Quotient familial (en €) :

Autres : .....

### Remarques Eventuelles :

## ENFANT 1

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

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

Ecole: ..... Classe: .....

Type de repas :       Sans Porc       Sans bœuf       Sans.Viande

En cas de régime alimentaire particulier, un repas de substitution ne pourra pas être proposé, un complément en féculent et/ou légumes sera donc fait à l'enfant.

### FICHE MEDICALE

> Remplir les renseignements ci-dessous **ET** les certificats de vaccinations de l'enfant.

#### Renseignements médicaux

##### Médecin traitant

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

##### Informations nécessaires à la prise en charge

Enfant suivi par un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH) :  Oui  Non

#### Allergies connues

Alimentaire       Asthme       Médicamenteuse

**Les préférences alimentaires ne sont pas considérées comme des allergies.**

##### A préciser :

\* Si votre enfant souffre d'une allergie reconnue, un PAI sera à fournir lors du RDV avec le

#### Traitement médical et difficultés de santé

#### Autres remarques pouvant faciliter la prise en charge

## ENFANT 2

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

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

Ecole: ..... Classe: .....

Type de repas :       Sans Porc               Sans bœuf               Sans Viande

En cas de régime alimentaire particulier, un repas de substitution ne pourra pas être proposé, un complément en féculent et/ou légumes sera donc fait à l'enfant.

### FICHE MEDICALE

> Remplir les renseignements ci-dessous **ET** les certificats de vaccinations de l'enfant.

#### Renseignements médicaux

##### Médecin traitant

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

Tél : .....

##### Informations nécessaires à la prise en charge

Enfant porteur de handicap suivi par un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH) :  Oui  Non

#### Allergies connues

Alimentaire               Asthme               Médicamenteuse

**Les préférences alimentaires ne sont pas considérées comme des allergies.**

##### A préciser :

\* Si votre enfant souffre d'une allergie reconnue, un PAI sera à fournir lors du RDV avec le responsable

#### Traitement médical et difficultés de santé

#### Autres remarques pouvant faciliter la prise en charge

## ENFANT 3

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

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

Ecole: ..... Classe: .....

Type de repas :             Sans Porc             Sans bœuf             Sans Viande

En cas de régime alimentaire particulier, un repas de substitution ne pourra pas être proposé, un complément en féculent et/ou légumes sera donc fait à l'enfant.

### FICHE MEDICALE

> Remplir les renseignements ci-dessous **ET** les certificats de vaccinations de l'enfant.

#### Renseignements médicaux

##### Médecin traitant

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

Tél : .....

##### Informations nécessaires à la prise en charge

Enfant suivi par un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH) :  Oui  Non

#### Allergies connues

Alimentaire             Asthme             Médicamenteuse

**Les préférences alimentaires ne sont pas considérées comme des allergies.**

##### A préciser :

\* Si votre enfant souffre d'une allergie reconnue, un PAI sera à fournir lors du RDV avec le

#### Traitement médical et difficultés de santé

#### Autres remarques pouvant faciliter la prise en charge

Toute réinscription sera effectuée sous réserve d'être à jour des règlements des années antérieures.

## TEMPS D'ACCUEIL

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du Matin				
Accueil du Midi				
Accueil du Soir				

→ Partie à compléter si les inscriptions sont différentes d'un enfant à l'autre :

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du Matin				
Accueil du Midi				
Accueil du Soir				

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du Matin				
Accueil du Midi				
Accueil du Soir				

NOM de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil du Matin				
Accueil du Midi				
Accueil du Soir				

## Annexes au règlement intérieur

### AUTORISATION PARENTALE POUR TIERCES PERSONNES

Les enfants ne peuvent être confiés qu'à des personnes ayant reçu l'autorisation des parents ou du responsable légal. Nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer le nom de ces personnes, leur lien avec l'enfant et un numéro de téléphone. En dehors de ces autorisations permanentes, seule une autorisation écrite de votre part permettra à une autre personne de récupérer l'enfant.

Dans tous les cas, **les personnes autorisées devront être en mesure de présenter un justificatif d'identité** lorsqu'elles viendront chercher l'enfant. Lorsque cela est possible, une présentation au personnel d'encadrement est souhaitable.

Je (nous) soussigné(s), .....

domicilié .....

agissant en qualité de père, mère, responsable légal (*entourez la réponse de votre choix*),

de(s) l'enfant(s) : .....

autorise(ont) les personnes indiquées ci-dessous à assurer la sortie des accueils péri ou extra scolaires et décharge(nt) l'association de toute responsabilité.

Nom des personnes autorisées	Lien avec l'enfant	Adresse (obligatoire)	Téléphone (uniquement si autorisé à prévenir en cas d'urgence)

Fait pour valoir ce que de droit,

Signature des parents ou des responsables légaux

## AUTORISATION DE SORTIES

Dans le cadre de nos accueils péri et extra scolaires, nous organisons régulièrement des sorties dans l'environnement de proximité de nos structures (médiathèque, environnement naturel, autre...) et dont l'encadrement est assuré par l'équipe pédagogique. Ces sorties se font à pied ou en minibus adapté, qui nous permettent de véhiculer les enfants dans le respect des réglementations en vigueur (rehausseurs, sièges enfants).

Je (nous) soussigné(s) .....

autorise(ont) mon (mes) enfant(s) .....

à participer aux sorties organisées dans le cadre du projet d'accueil de la structure.

**Fait pour valoir ce que de droit,**

Signature des parents ou des responsables légaux

## AUTORISATION DE SOINS ET D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

En cas de besoin, le personnel d'encadrement peut être amené à donner des soins à votre enfant :

- Coups et bosses : application d'un bloc de glace médical (avec protection)
- Plaies superficielles : antiseptique simple (incolore et sans alcool)

Vous serez bien évidemment informé des soins reçus par votre enfant au cours de la journée d'accueil (soit immédiatement par téléphone ou en venant reprendre votre enfant selon l'évaluation que nous aurons faite de la gravité de sa blessure).

Aucun médicament ne pourra être administré à un mineur sans prescription médicale. Lorsqu'un mineur suit un traitement, son responsable légal doit fournir l'ordonnance du médecin avec les médicaments qui doivent être marqués au nom de l'enfant. Cette ordonnance devra impérativement être accompagnée d'un courrier signé du (des) responsables légal(ux), mentionnant le nom du médicament à administrer, les instructions relatives à l'administration du médicament, la durée précise d'administration, l'autorisation d'administration au personnel pédagogique, et daté. A défaut d'une partie de ces éléments, le traitement ne sera pas administré.

Pour les enfants nécessitant un suivi personnalisé, la signature d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est indispensable pour l'administration de traitements ou protocoles médicaux.

**Fait pour valoir ce que de droit,**

Signature des parents ou des responsables légaux

## AUTORISATION DE PRATIQUER DES SOINS D'URGENCE

En cas d'urgence et/ou si je n'ai pas pu être joint, je (nous) soussigné(s)

.....  
responsable(s) légal de(s) l'enfant(s).....  
joignable(s) aux numéro(s) suivant(s) .....

autorise(ons) le transport de mon(mes) enfant(s) par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté et toute intervention chirurgicale et /ou anesthésie qui serait rendue nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide dont mon enfant serait victime.

**Fait pour valoir ce que de droit,**  
Signature des parents ou des responsables légaux

## REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) .....

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils enfance et m'y conformer
- déclare avoir pris connaissance et complété les annexes d'autorisations parentales : de sortie, de droit à l'image et utilisations de photos par la structure, de soins et d'administration de médicaments, de pratiquer des soins d'urgence

**Fait pour valoir ce que de droit,**  
Signature des parents ou des responsables légaux avec la mention « lu et approuvé »

## AUTORISATION D'ENVOI DE FACTURE DEMATERIALISEE

Vous avez la possibilité de recevoir vos factures périscolaire et accueil de loisirs par mail.  
Merci de cocher la case correspondante :

**Oui** j'accepte de recevoir mes factures par mail, dans ce cas merci d'indiquer votre adresse mail :

.....@.....

**Non** je ne n'accepte pas de recevoir mes factures par mail  
En cas de refus, vous recevrez vos factures au format papier par envoi postal.

**Fait pour valoir ce que de droit,**  
Signature des parents ou des responsables légaux

## AUTORISATION DROIT D'EXPLOITATION A L'IMAGE D'UN ENFANT MINEUR

Nous soussignons :

Madame : (NOM, Prénom) : .....

Demeurant : .....

Monsieur : (NOM, Prénom) : .....

Demeurant : .....

Investis de l'autorité parentale sur le / la mineur(e) :

**Autorise** l'organisateur la Commune de Suippes située au 9 rue Saint Cloud 51600-SUIPPES, à utiliser dans le cadre pédagogique, des photos et vidéos de mon ou mes enfant(s) pendant les activités :

- **Suippes info,**
- **Bulletin municipal,**
- **Site internet**
- **Facebook. ( merci d'indiquer votre pseudo)**

**N'autorise pas** à utiliser l'image de mon enfant.

Le Pôle Enfance Jeunesse de la Commune de Suippes s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images et enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de notre enfant.

Nous garantissons que notre enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom.

**Signature des personnes exerçant l'autorité parentale**