

S.I.R.S Montagny-en-Vexin/Parnes



**DOSSIER D'INSCRIPTION AU « Q.G. DES SUPERS GAMINS »**  
ACCUEIL PERISCOLAIRE, CANTINE, MERCREDI et VACANCES SCOLAIRES

**ANNÉE 2025/2026**

**Enfant** \*Un seul enfant par dossier

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Garçon

Fille

**Parents**

**Père ou responsable légal de l'enfant**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mère ou responsable légal de l'enfant**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Personnes à prévenir en cas d'urgence : Les personnes à prévenir en cas d'urgence seront appelées pour récupérer l'enfant dans le cas où les parents sont injoignables.**

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. portable	Tél. domicile

J'autorise **les personnes désignées ci – dessous âgées d'au moins 10 ans** à venir récupérer mon enfant

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. portable	Tél. domicile

**Un mail devra OBLIGATOIREMENT être envoyé à l'équipe d'animation à : [accueilmontagny@sirs-montagnyenvironnement.fr](mailto:accueilmontagny@sirs-montagnyenvironnement.fr) si tout autre personne doit venir récupérer l'enfant.**

**Régime Sécurité Sociale :**

- Régime Général** n° d'allocataire Caf : \_\_\_\_\_
- M.S.A.** n° d'allocataire MSA: \_\_\_\_\_

**Assurance Responsabilité Civile :**

Contrat N° \_\_\_\_\_

Assureur : \_\_\_\_\_

**Pièces à fournir obligatoirement lors de l'inscription :**

- . Une attestation d'assurance qui comprend : **la responsabilité civile de l'enfant, la garantie des dommages individuelles ET celle causée par un tiers, l'assurance scolaire/périscolaire ET extrascolaire**
- . Une fiche sanitaire de liaison dûment complétée et signée
- . Dernier avis d'imposition 2025 (**sur revenus 2024**) **Pages 1 et 2**
- . Copie du livret de famille
- . Attestation employeur ou copie du dernier bulletin de salaire de chacun des parents
- . Copie des vaccinations à jour

## Application du Tarif dégressif selon le Quotient familial

Un tarif dégressif peut être accordé à toutes les familles en fonction du quotient familial sur le barème de la CAF de l'Oise.

Barème 2 pour les familles domiciliées à Montagny-en-Vexin et Parnes, barème 1 pour les familles extérieures.

Ce tarif est valable et non révisable pour toute l'année scolaire.

Convention CAF PRO : Nous vous informons que la CAF de l'Oise met à la disposition du régisseur de l'accueil de Loisirs un service Internet à caractère professionnel lui permettant de consulter votre dossier. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas-là, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier, si vous souhaitez bénéficier d'un tarif dégressif.

J'autorise la consultation de mon dossier CAF afin de bénéficier d'un tarif dégressif.

N° ALLOCATAIRE CAF : \_\_\_\_\_

Je n'autorise pas la consultation de mon dossier CAF, et fournis les justificatifs afin de bénéficier d'un tarif dégressif.

### **PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

#### **1. Déclaration de ressources**

Une copie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition

**Attention : si une famille ne fournit pas les documents permettant de calculer son Quotient Familial, le tarif le plus élevé sera appliqué.**

#### **2. Suivi sanitaire :**

Une fiche sanitaire de liaison par enfant dûment complétée et signée accompagnée de la copie des pages de vaccination du carnet de santé.

**Attention : le cas échéant, faire figurer les régimes alimentaires (Régime classique, végétarien, sans porc ou allergies)**

#### **3. Pratique Alimentaire :**

Régimes alimentaires (sans sel, sans sucre, sans porc...) :

\_\_\_\_\_

Allergies (fournir un certificat médical) :

\_\_\_\_\_

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Garçon           Fille

**1- VACCINATION :** Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

Pour rappel :

VACCINS RECOMMANDÉS Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018	VACCINS OBLIGATOIRES
Hépatite B* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diphtérie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rubéole-Oreillons-Rougeole* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tétanos <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Poliomyélite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Méningocoque C* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pneumocoque* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Méningite Hib* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / périscolaire ?

Oui     Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants (**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**

**ALLERGIE :**

Médicamenteuses Oui     Non

\*Alimentaire Oui     Non

Autres : \_\_\_\_\_

**PRÉCISER LA CAUSE ET LA RÉACTION DE L'ALLERGIE + joindre un certificat médical :**

\_\_\_\_\_

**CONDUITE A TENIR :**

\_\_\_\_\_

## Existe-t-il un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)

OUI (joindre le protocole)

NON

*\*S'il existe des **problèmes médicaux liées à l'alimentation** (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique...) un **Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire** devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.*

Le mineur présente-t-il un problème de santé : (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATIONS, RÉÉDUCATION...)

oui (préciser en indiquant les précautions à prendre)

non

---

---

---

---

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaires ou auditif, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie.  
Autres recommandations utiles :

---

---

---

---

### 4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

#### Responsable N°1 :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL DOMICILE : \_\_\_\_\_ TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_ TEL TRAVAIL : \_\_\_\_\_

#### Responsable N°2 :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL DOMICILE : \_\_\_\_\_ TEL PORTABLE : \_\_\_\_\_ TEL TRAVAIL : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

Nous soussignés, \_\_\_\_\_ responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence **seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

Date :

Signature du responsable N°1 et N°2 :

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Autorise mon enfant

- À participer à toutes les activités de l'Accueil Collectif de Mineurs organisées à Montagny-en-Vexin.
- À utiliser tous types de transports collectifs.
- Autorise le Responsable de l'ACM à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- Je certifie détenir une assurance de responsabilité civile à jour pour mon enfant.
- Je certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription, d'annulations relatives aux accueils et du règlement intérieur. Je m'engage à les respecter.
- J'autorise oui  non  mon enfant à figurer sur les photos ou films qui pourront être faits dans le cadre des activités **et je m'engage à ne pas diffuser les photos et vidéos sur internet si ceux-ci impliquent des enfants autres que le mien.**
- Ces images seront strictement utilisées dans les publications du centre périscolaire et l'ALSH de Montagny-en-Vexin (expositions, cahiers vacances loisirs, Clips Echos, journaux locaux, site internet et journal municipal).
- J'autorise oui  non  mon enfant d'âge élémentaire à quitter seul les accueils à l'issue des Temps d'Accueils Périscolaires et Extrascolaires le soir pour se rendre à son domicile.
- **Je libère toute responsabilité à l'équipe du Q.G. si mon enfant est amené à participer aux cours dispensés par les associations au cours de l'année. (Fiche « associations » à compléter)**

### Je m'engage également :

- à me conformer au règlement intérieur des accueils qui m'a été fourni.
- à expliquer à mon enfant que les activités ACM doivent se dérouler dans le respect des personnes, du matériel, des locaux, des intervenants et des autres enfants.
- à verser les sommes dues selon les tarifs délibérés par le SIRS.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

**Signature des parents, (faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)**

Signature du père (ou tuteur) ou/et Signature de la mère (ou tutrice)



Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par M. Loïc TAILLEBREST, Président du SIRS Montagny-en-Vexin / Parnes sis à Montagny-en-Vexin (60240), 3 Place de la Mairie pour l'inscription à l'accueil collectif de mineurs.

Le responsable de traitement a désigné l'ADICO sise à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de déléguée à la protection des données.

Ce traitement est basé sur une mission d'intérêt public poursuivie par le SIRS.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : personnels administratifs du SIRS, élus, et Trésor Public.

Les données papier sont conservées pendant maximum 3 ans, celles informatisées pendant 10 ans selon la circulaire DUA - DGP/SIAF/2014/006.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit d'opposition au traitement. Vous bénéficiez également d'un droit à la limitation du traitement. Les droits à la portabilité et à l'effacement ne s'appliquent pas à l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter [contactmairie@montagnyenvexin.fr](mailto:contactmairie@montagnyenvexin.fr).

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits. Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.