

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

Cantine – Garderie – Accueil mercredi matin

ECOLE de Brousse – St Jean des Ollières et Sugères

Dossier papier complet (renseignements administratifs + fiches)
à retourner ou à déposer au SIVU au 2 rue de l'Ecole 63490 BROUSSE
ou à déposer à la mairie de votre domicile
ou à retourner à l'école par le biais du cahier de liaison de votre enfant

AVANT LE JEUDI 25 JUIN 2026

Tout dossier incomplet sera retourné et l'enfant ne pourra pas être accueilli.
Tous les champs sont obligatoires

Enfant(s) concerné(s) par l'inscription :

Nom / Prénom	Date de naissance	Lieu de scolarisation	Classe	Services périscolaires					
				Cantine	Garderie			Accueil mercredi matin	Transport Scolaire
					Brousse	St Jean des O.	Sugères		

Veuillez cocher le ou les services que fréquentera ou fréquenteront votre ou vos enfants à la rentrée scolaire 2026-2027.
Si inscription, merci de remplir la ou les fiche(s) d'inscription.

Renseignements administratifs

Dossier famille

Responsable légal 1 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (précisez)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Courriel (obligatoire – EN MAJUSCULE) :@.....

Profession : Catégorie socio-professionnelle :

Responsable légal 2 : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (précisez)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Courriel (obligatoire – EN MAJUSCULE) :@.....

Profession : Catégorie socio-professionnelle :

Destinataires des factures des services périscolaires (1 seul destinataire)

☐ Responsable légal 1 : ☐ Cantine ☐ Garderie ☐ Accueil du mercredi matin
ou

☐ Responsable légal 2 : ☐ Cantine ☐ Garderie ☐ Accueil du mercredi matin

➔ Pour la cantine et la garderie (sauf garderie Sugères qui est gérée par Agglo Pays d'Issoire), souhaitez-vous adhérer au prélèvement automatique ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, merci de compléter le mandat de prélèvement SEPA et de joindre un RIB.

Attention : sur le mandat de prélèvement SEPA, ne pas remplir le cadre « Destination du Créancier ».

Autres renseignements

EN CAS D'URGENCE, PRÉVENIR (autres personnes que le(s) responsable(s) légal(aux))

Nom : Tél. domicile :

Prénom : Tél. portable :

Nom : Tél. domicile :

Prénom : Tél. portable :

Nom : Tél. domicile :

Prénom : Tél. portable :

Fiche sanitaire – Renseignements médicaux

Nom et Prénom de l'enfant :	Classe :
-----------------------------	----------

- ☐ Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s) médicalement justifiée(s), *préciser*
- ☐ Asthme
- ☐ Allergie(s) médicamenteuse(s), *préciser*
- Port de : ☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses dentaires ☐ Prothèses auditives
- ☐ Autres, *préciser*
- ☐ Autre problème de santé, *préciser*
- ☐ Sans problème de santé

Nom et Prénom de l'enfant :	Classe :
-----------------------------	----------

- ☐ Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s) médicalement justifiée(s), *préciser*
- ☐ Asthme
- ☐ Allergie(s) médicamenteuse(s), *préciser*
- Port de : ☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses dentaires ☐ Prothèses auditives
- ☐ Autres, *préciser*
- ☐ Autre problème de santé, *préciser*
- ☐ Sans problème de santé

Nom et Prénom de l'enfant :	Classe :
-----------------------------	----------

- ☐ Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s) médicalement justifiée(s), *préciser*
- ☐ Asthme
- ☐ Allergie(s) médicamenteuse(s), *préciser*
- Port de : ☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses dentaires ☐ Prothèses auditives
- ☐ Autres, *préciser*
- ☐ Autre problème de santé, *préciser*
- ☐ Sans problème de santé

 **Pièce à fournir** : CERTIFICAT MEDICAL attestant de l'allergie et conduites à tenir (OBLIGATOIRE) – sans certificat aucun dispositif ne sera mis en place.

MÉDICAMENTS :

Sauf Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.), dûment signé et signifié par les instances médicales compétentes, le personnel du restaurant scolaire n'est pas habilité à faire prendre des médicaments.

MEDECIN TRAITANT : TEL :

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

☐ M'engage à signaler sans délai toutes modifications (coordonnées, utilisation de services...) survenue dans l'année.

☐ M'engage à transmettre le protocole en cas de mise en place d'un PAI

☐ Déclare avoir pris connaissance de la fiche informative sur les horaires des écoles et les différents services périscolaires du regroupement pédagogique intercommunal.

☐ Déclare avoir pris connaissance du ou des règlement(s) intérieur(s) du ou des services périscolaires fréquenté(s) par mon ou mes enfant(s) et m'engage à le ou les respecter. Ils sont consultables et téléchargeables sur le lien :

<https://www.brousse63.fr/ecole/sivu-rpi/sivu-du-rpi/-ecoles/services-periscolaires-inscription-et-infos-1-1>

ou sur le site internet de chacune des communes.

ASSURANCE

Assurance scolaire ou responsabilité civile (obligatoire) :

Nom de l'assurance : N° de contrat :

➔ Joindre l'attestation d'assurance

AUTORISATION PARENTALE

Autorise mon (mes) enfant(s) à être photographié(s) dans le cadre des activités périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal, site web...) et donne mon consentement à la diffusion à l'image de mon (mes) enfant(s).

☐ OUI

☐ NON

PROTECTION DES DONNEES

Les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires à l'inscription et à la gestion des services scolaires et périscolaires de la commune. Ces données sont traitées par les services municipaux dans le cadre de leur mission d'intérêt public. Elles sont destinées aux seuls agents habilités et, le cas échéant, aux organismes légalement autorisés à en connaître. Les données sont conservées pendant la durée de la scolarisation de l'enfant puis archivées conformément aux obligations légales et réglementaires applicables à la collectivité.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et, dans certains cas, d'opposition. Pour exercer ces droits ou obtenir toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données à rgpd@ambertlivradoisforez.fr ou au 04 73 82 76 90.

Les informations signalées comme obligatoires sont nécessaires au traitement de votre demande d'inscription. À défaut de leur communication, l'inscription ou l'accès aux services concernés pourrait ne pas être possible."

TRANSMISSION DES DONNEES

J'autorise le SIVU à transmettre mes coordonnées à l'Association des Parents d'Elèves, à des fins de communication d'information sur les activités de l'association :

☐ OUI

☐ NON

A, le

Signatures, Responsable légal 1

Responsable légal 2