



DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE

MATERNELLE - 2025/2026

Tél : 05.57.74.32.11 / 06.30.97.54.40

Mail : apsgalgon@galgon.eu

Lundi – Mardi – Jeudi – Vendredi

7H30-8H30 / 16H15-19H00

Documents à fournir :

- ☐ La présente fiche de renseignement
- ☐ La fiche sanitaire de liaison + photocopie des vaccinations de l'enfant
- ☐ Assurance couvrant l'enfant sur le temps extra-scolaire

LE DOSSIER DOIT ETRE REMIS COMPLET AVANT L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT (à l'accueil périscolaire ou à la mairie)

1-L'ENFANT :

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

2-LES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :

Responsable légal 1		Responsable légal 2	
Père ☐	Mère ☐ Autre ☐	Père ☐	Mère ☐ Autre ☐
Nom-Prénom		Nom-Prénom	
Adresse :		Adresse :	
Tel portable :		Tel portable :	
Tel domicile :		Tel domicile :	
Tel professionnel :		Tel professionnel :	
Courriel :		Courriel :	
Régime allocataire			
CAF ☐	MSA ☐	Autres ☐	
N° d'allocataire :	N° d'assuré social :	Précisez :	

3-AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	N° de tel

4-AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT DURANT L'ANNEE :

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	N° de tel

5-AUTORISATION :

Dans le cadre des activités de l'accueil périscolaire, j'autorise l'équipe d'animation à :

→ photographier, filmer mon enfant, ces images peuvent être utilisées pour des documents de communication de la commune de Galgon, le site internet et/ou le compte Facebook, la presse, des expositions.	OUI ☐	NON ☐
→ maquiller mon enfant	OUI ☐	NON ☐

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

→ certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire et en accepter les différents points,

→ certifie exacts les renseignements portés dans le présent dossier,

→ autorise : 1- Notre enfant à participer à toutes les activités (y compris extérieur)

2-Les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires pour mon enfant,

3- Les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires à mon enfant,

4- L'organisateur à se mettre en lien avec la CDAP et accéder aux informations suivantes : QF, nombre d'enfant(s) à charge, enfant bénéficiaire de l'AEEH.

Fait à

le

Signature :