



Commune de Saint-Michel-En-l'Herm
4 rue Paul Berjonneau
85580 SAINT-MICHEL-EN-L'HERM

Accueil Périscolaire

Téléphone : 02.51.28.29.48

07.70.01.81.81

Email : periscolaire@stmichelherm.fr

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

ANNÉE 2025 - 2026

Inscription à retourner à l'école avant le 13/06/2025

(tout dossier incomplet sera refusé)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de SAINT MICHEL EN L'HERM pour l'inscription à l'accueil périscolaire 2025/2026. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de portabilité aux données vous concernant, les faire rectifier, les faire supprimer en contactant de préférence par voie électronique la CNIL à l'adresse <https://www.cnil.fr> ou à défaut par voie postale à Contact CNIL – Mairie - 4 rue Paul Berjonneau – 85580 SAINT MICHEL EN L'HERM.

Consentement préalable obligatoire avant de renseigner le formulaire : en soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées, exploitées, traitées pour l'inscription à l'accueil périscolaire 2025/2026.

Case à cocher obligatoirement : « j'accepte ».

ENFANT INSCRIT

NOM	
Prénom	
Né(e) le	/ /
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Classe	

Les responsables légaux autorisent l'enfant (à partir de 6 ans) à quitter seul(s) l'école après l'accueil périscolaire :
 oui Non

SANTÉ

Obligation de fournir la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations

Les responsables légaux autorisent la collectivité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé de mon ou de mes enfant(s) et s'engagent à régler les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation inhérents et à informer l'accueil périscolaire de toute modification importante concernant l'état de santé de mon ou mes enfant(s) pouvant survenir en cours d'année

Allergies, Asthme, Diabète, Intolérance, etc ... Traitement médical	Préciser les détails de l'allergie : Obligation de fournir un certificat médical
P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)	Date du dernier P.A.I. : / / Obligation de fournir la copie du P.A.I. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être confiés à l'accueil périscolaire. Le P.A.I. est à renouveler à chaque rentrée scolaire.

DROITS A L'IMAGE

Les responsables légaux autorisent la commune à publier des photos ou vidéos de mon enfant sur tous les supports de communication municipaux :

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| - Facebook et site internet | <input type="checkbox"/> Autorisons | <input type="checkbox"/> N'autorisons pas |
| - Bulletin municipal et infos michelaises | <input type="checkbox"/> Autorisons | <input type="checkbox"/> N'autorisons pas |

Nom de l'enfant :

Prénom :

1^{er} RESPONSABLE LÉGAL ou ASSISTANT FAMILIAL

Responsable du dossier et destinataire des factures

Père Mère Tuteur Autre :

Nom de naissance :

Nom d'usage (marital) :

Prénom :

Situation de famille : Célibataire En couple Pacsé(e)

Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse complète :

.....

..... Code postal :

Commune :

☎ Fixe : ☎ Port :

Email :

☎ professionnel :

2^{ème} RESPONSABLE LÉGAL

Père Mère Tuteur Autre :

Nom de naissance :

Nom d'usage (marital) :

Prénom :

Situation de famille : Célibataire En couple Pacsé(e)

Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse complète :

.....

..... Code postal :

Commune :

☎ Fixe : ☎ Port :

Email :

☎ professionnel :

ASSURANCES

CPAM CMU Autres :

Nom assurance extrascolaire ou responsabilité civile :

N° du ou des contrat(s) :

PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT (sur présentation d'un justificatif)

Nom et Prénom

Lien de parenté

Téléphone fixe et/ou portable

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES POUR LA FACTURATION

Allocataire : CAF MSA autre, préciser :

Numéro allocataire CAF ou MSA: Quotient familial :

Fournir l'attestation de quotient familial (à renouveler à chaque changement de QF pour les allocataires non affiliés à CAF Vendée)

ENGAGEMENT

Les responsables légaux, déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche, s'engagent à informer l'accueil périscolaire de tout changement (situation de famille, coordonnées), s'engagent à régler à la commune le montant dû (restauration et accueil périscolaire), demandent l'inscription aux services périscolaires de cet enfant selon les modalités définies dans ce document et valident le règlement intérieur de la structure.

Fait à

Le / /

Signatures

« Lu et approuvé, bon pour accord »

Je fournis : l'attestation d'assurance en cours de validité

l'attestation de quotient familial

la copie des pages de vaccinations

RIB (si règlement par prélèvement)

la copie du livret de famille

Les réservations (restauration scolaire et accueil périscolaire matin/soir) doivent être faites sur le site internet <https://www.logicielcantine.fr/stmichelenlherm/>, votre identifiant vous sera communiqué par mail.