



# INSCRIPTION / RÉINSCRIPTION AU SERVICE "ENFANCE"

**du 26 mai au 30 juin 2025**

**ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026**

Ville de LIANCOURT

Les parents souhaitant inscrire leur enfant à la restauration scolaire, à l'accueil périscolaire et au centre de loisirs municipal pour l'année scolaire 2025-2026 doivent impérativement remplir un dossier d'inscription au service "Enfance". **Les enfants ayant déjà fréquenté ces services doivent obligatoirement renouveler cette inscription.**

Ce dossier d'inscription/réinscription devra être déposé dûment rempli et accompagné de l'ensemble des pièces demandées **au plus tard le 30 juin 2025**, à l'accueil de la mairie de LIANCOURT afin de procéder à sa vérification. **Tout dossier incomplet sera refusé.** En l'absence des documents permettant de déterminer les revenus, le tarif maximum sera appliqué pour la totalité de l'année scolaire. **Toute inscription vaut acceptation du règlement intérieur (accessible sur le site de la ville de Liancourt).**

☐ **Je ne possède pas de compte famille**      ☐ **Je possède déjà un compte famille**

Je souhaite inscrire mon enfant (cocher la ou les case (s) vous concernant) à/au :

☐ Restaurant scolaire

☐ Accueil périscolaire

☐ Centre de loisirs municipal  
Mercredis (3-11 ans)

☐ Centre de loisirs municipal  
Vacances scolaires (3-11 ans)

**Les familles n'ayant pas réglé l'ensemble des factures de l'année 2024-2025 ne pourront accéder à ces différents services.**

## L'ENFANT

Nom et prénom : .....

Sexe :      ☐ Masculin      ☐ Féminin

Date et lieu de naissance : .....

Ecole :      ☐ Maternelle      ☐ Jean de la Fontaine      ☐ Elémentaire      ☐ Albert Camus  
                                         ☐ Albert Camus      ☐ Jean Macé  
                                         ☐ Jean Macé

Classe fréquentée à la rentrée scolaire 2025-2026 :

☐ TPS      ☐ PS      ☐ MS      ☐ GS  
☐ CP      ☐ CE1      ☐ CE2      ☐ CM1      ☐ CM2      ☐ ULIS

Régime de protection sociale :      ☐ CPAM      ☐ Autre (préciser) : .....

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : .....

|                                                     | Père | Mère | Conjoint(e) actuel(le) de la personne |
|-----------------------------------------------------|------|------|---------------------------------------|
| Nom                                                 |      |      |                                       |
| Prénom                                              |      |      |                                       |
| Adresse complète<br>(préciser bât,<br>logement ...) |      |      |                                       |
| Code Postal                                         |      |      |                                       |
| Ville                                               |      |      |                                       |
| Tél domicile et/ou<br>portable                      |      |      |                                       |
| Nom et adresse de<br>l'employeur                    |      |      |                                       |
| Tél professionnel                                   |      |      |                                       |

**Adresse mail de la personne ayant la garde de l'enfant (obligatoire - merci d'écrire très lisiblement) :**

Voulez-vous recevoir les factures : ☐ par courrier ☐ par mail

**Pièces à joindre obligatoirement au dossier :**

- Une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2024 sur les revenus 2023 (pour les personnes vivant en concubinage, fournir les deux avis)
- **Une attestation de paiement CAF datant de moins de 3 mois** sur laquelle figure les diverses prestations (allocations familiales, allocation logement, etc...)
- En cas de séparation, la photocopie du jugement ou ordonnance du Juge des Affaires Familiales (les familles en garde alternée devront fournir le planning de garde et l'autre parent devra constituer son propre dossier)
- Un certificat d'employeur attestant d'une activité professionnelle, datant de moins d'un mois, pour chaque conjoint (pour la restauration scolaire des enfants scolarisés en école maternelle et pour l'accueil périscolaire des enfants scolarisés en école maternelle et élémentaire)
- La fiche de renseignements jointe au dossier
- Une photocopie du carnet de vaccination
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile
- En cas d'allergie, un certificat médical et un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) .....

- certifie que les informations fournies sont exactes
- déclare avoir lu et accepté les règlements intérieurs en vigueur, consultables sur la page d'accueil du Portail Famille de la ville de Liancourt (<https://portail-liancourt.ciril.net>)
- autorise la prise de photos et vidéos de l'enfant ainsi que leur utilisation sur les supports de communication de la ville : ☐ oui ☐ non

Fait à..... le.....

Signature

**IMPORTANT : Au cours de l'année scolaire, toute modification concernant les informations données doit être rapidement signalée en mairie (adresse, numéro de téléphone, situation de famille, nom et numéro de téléphone des personnes autorisées à venir chercher l'enfant, ...)**

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Ecole maternelle/élémentaire \* : ..... Classe fréquentée à la rentrée : .....

\* Rayer la mention inutile

Nom/Prénom du responsable légal : .....

Adresse : .....

Téléphone du domicile : ..... Téléphone portable : .....

Téléphone professionnel : ..... Adresse mail : .....

Garde juridique : ☐ aux deux parents ☐ à la mère ☐ au père ☐ autre : .....

### AUTRES ENFANTS A CHARGE PRÉSENTS DANS LE FOYER

| Nom et prénom | Date de Naissance | Etablissement scolaire et Classe |
|---------------|-------------------|----------------------------------|
|               |                   |                                  |
|               |                   |                                  |
|               |                   |                                  |
|               |                   |                                  |
|               |                   |                                  |

### PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

(préciser obligatoirement un nom et un prénom, le lien de parenté et les coordonnées téléphoniques)

| Nom et prénom | Lien de parenté | Téléphone |
|---------------|-----------------|-----------|
|               |                 |           |
|               |                 |           |
|               |                 |           |
|               |                 |           |
|               |                 |           |

Type de repas: ☐ sans viande ☐ sans porc

En cas d'allergies, se reporter au paragraphe "Allergies"

### Renseignements médicaux

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires ? (Préciser)

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Coqueluche ☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Otite

Tout enfant accueilli en collectivité doit répondre aux obligations vaccinales. **Seul le vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite est obligatoire pour les enfants nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.**

| Vaccinations             |                                                           | Dates des rappels |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| Diphtérie                | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Tétanos                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Poliomyélite             | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Coqueluche               | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Hépatite B               | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| ROR                      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                   |
| Haemophilus influenzae b | <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 |                   |
| Autres (préciser) :      |                                                           |                   |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.

Attention ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## Allergies - Traitement médical

Asthme ☐ oui ☐ non

Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non Préciser : .....

Alimentaires : ☐ oui ☐ non Préciser : .....

Traitement médical : ☐ oui ☐ non Préciser : .....

Autre : .....

Les enfants atteints d'allergie alimentaire ou souffrant d'une maladie nécessitant une prise en charge particulière (asthme...) **devront fournir un certificat médical et un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) devra être établi.**

Indiquer si besoin les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

| Difficultés de santé | Date | Précautions à prendre |
|----------------------|------|-----------------------|
|                      |      |                       |

| PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE         |                    |                    |                 |
|-----------------------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| Nom - Prénom                                  | Téléphone domicile | Téléphone portable | Lien de parenté |
|                                               |                    |                    |                 |
|                                               |                    |                    |                 |
|                                               |                    |                    |                 |
| Médecin de l'enfant : Nom : ..... Tél : ..... |                    |                    |                 |

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) .....

Autorise les interventions médicales et chirurgicales sur l'enfant en cas d'urgence : ☐ oui ☐ non

Fait à....., le.....,  
Signature