



DOSSIER DE SÉCURITÉ

Année scolaire 2026/2027



- Accueil périscolaire du matin ☐
- Accueil périscolaire du midi (cantine) ☐
- Accueil périscolaire du soir ☐

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Lieu de naissance (Commune + n° Dpt) :

Classe à venir :

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

Représentant légal 1 :

Père ☐

Mère ☐

Tuteur/trice ☐

NOM et Prénom :

Adresse :

N° domicile :

N° portable :

N° travail :

Profession - Employeur et lieu de travail :

Courriel :

Autorisez-vous la communication de votre courriel aux représentants des parents d'élèves ?

Oui ☐

Non ☐

Représentant légal 2 :

Père ☐

Mère ☐

Tuteur/trice ☐

NOM et Prénom :

Adresse :

N° domicile :

N° portable :

N° travail :

Profession - Employeur et lieu de travail :

Courriel :

Autorisez-vous la communication de votre courriel aux représentants des parents d'élèves ?

Oui ☐

Non ☐

Votre enfant habite :

Au domicile de ses parents ☐

Au domicile de son père ☐

Au domicile de sa mère ☐

En garde alternée*/** ☐ Préciser :

Autre ** ☐ Préciser :

* Demander un 2^{ème} dossier si besoin pour l'autre parent

** Joindre copie justificatif de l'autorité parentale

Votre enfant est-il autorisé(e) à rentrer seul(e) : (à partir du CP)



Oui ☐

Non ☐



Si « non », si l'enfant est seul à 16h30, il sera dirigé vers l'accueil périscolaire du soir avec facturation. Si vous vous y opposez, merci de cocher ici ☐

Quel est le régime alimentaire de votre enfant :

Classique ☐

Sans porc ☐

Frères et sœurs de l'enfant		
NOM	Prénom	Date de naissance
.....		
.....		
.....		

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

NOM, prénom du médecin traitant : N° téléphone :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIER RAPPEL
Diphtérie	☐	☐	
Tétanos	☐	☐	
Poliomyélite	☐	☐	
OU DT Polio	☐	☐	
OU Tetracoq	☐	☐	
Autres (préciser) :			

VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DERNIER RAPPEL
Hépatite B	
Rubéole – Oreillons -Rougeole	
Coqueluche	
Autre :	
Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.	

Votre enfant porte-t-il(elle) :

Des lunettes ☐ des lentilles ☐ des prothèses auditives ☐ des prothèses dentaires ☐ autres :

Doit-il(elle) les porter :
 ■ à la récréation : ☐ ■ à l'accueil périscolaire en intérieur : ☐
 ■ à la cantine (intérieur) : ☐ ■ à l'accueil périscolaire en extérieur : ☐

Votre enfant nécessite-t-il(elle) un Projet d'Accueil Personnalisé :

Oui ☐ Non ☐

Si un PAI doit être réalisé ou renouvelé (notamment avant son accueil à la restauration scolaire s'il s'agit d'une allergie alimentaire), la demande doit être formulée auprès de la directrice de l'école qui enclenche la procédure en lien avec le Centre Médico-Scolaire des Mureaux et la mairie le cas échéant.

■ Coordonnées du praticien afin de mettre en place avec le médecin scolaire le PAI :

■ S'agit-il d'une allergie : Asthme ☐ Médicamenteuse* ☐ Alimentaire* ☐ Non ☐

* merci de préciser :

■ Existe-t-il une contre-indication à la pratique du sport : Non ☐ Oui ☐ pourquoi :

Commentaires, recommandations :

Allergies hors PAI, suivi extérieur (orthophoniste, psychologue, autre...), ...

Personnes à contacter :

(autres que les responsables légaux précédemment mentionnés)

NOM : Prénom :

Lien avec l'enfant * :

N° domicile : N° portable : N° travail :

■ À contacter pour vous prévenir : ☐ ■ Autorisé(e) à venir chercher l'enfant** ☐

Personnes à contacter (suite) :

(autres que les responsables légaux précédemment mentionnés)

NOM :	Prénom :
Lien avec l'enfant * :	
N° domicile :	N° portable : N° travail :
▪ À contacter pour vous prévenir : ☐ ▪ Autorisé(e) à venir chercher l'enfant** ☐	

NOM :	Prénom :
Lien avec l'enfant * :	
N° domicile :	N° portable : N° travail :
▪ À contacter pour vous prévenir : ☐ ▪ Autorisé(e) à venir chercher l'enfant** ☐	

NOM :	Prénom :
Lien avec l'enfant * :	
N° domicile :	N° portable : N° travail :
▪ À contacter pour vous prévenir : ☐ ▪ Autorisé(e) à venir chercher l'enfant** ☐	

* Beau-père/belle-mère - Frère/sœur - Oncle/tante - Grand-parent - Ami(e) - Voisin(e) - Éducateur(trice) - Assistant(e) familial(e) - Garde d'enfant...

** Ces personnes devront se munir d'une preuve d'identité avec photo, sans quoi l'enfant ne pourra quitter l'accueil périscolaire.

Autorisation d'intervention chirurgicale	
Nous soussignés, M. et/ou Mme	Le : 2026
agissant en qualité de Père ☐ Mère ☐ Tuteur(trice) ☐	<u>Signature</u>
de l'enfant	
autorisons les enseignants(tes) de l'école « Les 3 Tilleuls » et les animateurs(trices) des services périscolaires, en cas d'accident ou de maladie aiguë à évolution rapide et lorsque l'on ne peut nous joindre, à faire appel aux pompiers et/ou au SAMU qui prendront toutes les mesures d'urgence qui s'imposent, y compris l'anesthésie de notre enfant au cas où il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.	

Autorisation concernant le droit à l'image	
Nous soussignés, M. et/ou Mme	Le : 2026
agissant en qualité de Père ☐ Mère ☐ Tuteur(trice) ☐	<u>Signature</u>
autorisons les animateurs(trices) à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités pour diffusion dans le Flash municipal, le site internet de la Mairie ou de l'UFCV, brochures, vidéo, blog famille...	
(Le droit à l'image pour les activités scolaires vous sera demandé par l'école)	

Mentions légales : Toutes les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement déclaré auprès du Délégué à la Protection des Données de la ville de La Falaise. Conformément aux dispositions du RGPD (UE) 2016/679 du 27/04/2016 et de la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée le 20/06/2018 ainsi qu'aux modalités d'exercice de vos droits (Rectification, Suppression, Limitation, Opposition), vous pouvez exercer ceux-ci en contactant le Délégué à la Protection des Données de la ville de La Falaise par courrier en mairie ou par courriel à mairie@la-falaise.fr. Si vous estimez, après avoir contacté le Délégué à la Protection des Données que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL.

NOM et prénom de l'enfant :

Fréquentation 1^{ère} semaine

	Accueil matin (7h – 8h20)	Accueil midi (cantine) (11h30 – 13h20)	Accueil du soir (16h30 – 19h)
Mardi 1 septembre 2026	☐	☐	☐
Jeudi 3 septembre 2026	☐	☐	☐
Vendredi 4 septembre 2026	☐	☐	☐

Fréquentation régulière à compter du lundi 7 septembre 2026

Accueil matin (7h – 8h20)	Accueil du midi (cantine) (11h30 – 13h20)	Accueil du soir (16h30 – 19h)
Tous les jours ☐ OU	Tous les jours ☐ OU	Tous les jours ☐ OU
Lundi ☐	Lundi ☐	Lundi ☐
Mardi ☐	Mardi ☐	Mardi ☐
Jeudi ☐	Jeudi ☐	Jeudi ☐
Vendredi ☐	Vendredi ☐	Vendredi ☐
Occasionnellement ☐	Occasionnellement ☐	Occasionnellement ☐

Facturation



- La facturation est mensuelle et dématérialisée (plus d'envoi papier).
- Le prélèvement automatique vous est proposé : si vous souhaitez bénéficier de ce service, merci de remplir le formulaire mandat de prélèvement SEPA et de le joindre au dossier de sécurité.

A qui doit être adressée la facture ? Père ☐ Mère ☐ Autre :

Dématérialisation de la facture – Dépôt sur le Portail Citoyen UNIQUEMENT

↳ Courriel à utiliser pour la notification du dépôt :



Approbation des règlements intérieurs

« Cantine scolaire (Accueil périscolaire méridien) » - « Accueil périscolaire »

Jointes au dossier d'inscription ou téléchargeables sur www.la-falaise.fr, nous vous conseillons vivement de conserver les règlements intérieurs qui précisent les modalités de fonctionnement des services.

M. et/ou Mme

- reconnais(sent) avoir pris connaissance des règlements intérieurs et des conditions de fonctionnement des services périscolaires
- et s'engage(nt) à s'y conformer et à le faire respecter par leur(s) enfant(s).

À La Falaise, le 2026

Signature du ou des parents